

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Divulgación de información limitada a familiares o amistades para consultorios médicos - HIM 1315s**

*Limited Release of Information to Family/Friends for Physician Clinics*

**Yo le doy permiso al consultorio médico que forma parte de UNC Health Care System a divulgar cierta información médica personal a las personas nombradas a continuación.** A estas personas, se les dará solo la información pertinente a su participación en mi atención médica o al pago por mi atención médica.<sup>1</sup> Entiendo que no es obligatorio que yo complete este formulario para recibir atención médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

**Si cambio de opinión acerca de las personas o la información de contacto indicadas en este formulario, completaré un formulario nuevo con tales cambios.**

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

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y RELACIÓN (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Este formulario no es un sustituto de un poder notarial para la atención médica u otra designación formal de una persona autorizada a tomar decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomarlas. Si una persona nombrada arriba es su tutor o agente (bajo un poder notarial) o si está autorizada de otra manera para actuar en su nombre, su proveedor de atención médica puede divulgar a esa persona cualquier información médica personal que la ley permite.

**Este formulario no es un sustituto para una autorización escrita válida que cumpla con el HIPAA cuando esta es obligatoria para divulgar copias de registros médicos o registros de facturación.**

<sup>2</sup> Información delicada incluye información acerca de la salud mental, la drogadicción o el alcoholismo, el VIH y otras enfermedades contagiosas, y las pruebas genéticas. **Este formulario no se considera autorización suficiente para divulgar información delicada.**

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 6/14/17*





Patient Label Here

**Acuse de recibo del  
Aviso de prácticas de privacidad v06**

*Acknowledgement of Receipt of  
Notice of Privacy Practices v06*  
HIM# 720s

El *Aviso de prácticas de privacidad* es una descripción completa de mis derechos como paciente de los afiliados de University of North Carolina Health Care System («UNC Health Care»). Al firmar a continuación, estoy declarando que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* de UNC Health Care.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(o del representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN, si no es el paciente:

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 06/15/15*



HDF4538S 07/01/15

Chart Location: Consents



*Patient Label Here*

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (Pág 1 de 10)**  
**HIM# 129s**

Yo entiendo que la University of North Carolina Health Care System (UNC Health Care) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades incluyendo (pero no necesariamente limitada a) UNC Hospitals; Rex Hospital, Inc.; High Point Regional Health; Regional Physicians, LLC; Premier Surgery Center, LLC; High Point Surgery Center, LLC; Premier Imaging, LLC; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; Chatham Hospital, Inc.; Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital; the University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; Johnston Health Services Corporation; Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; NHCS Physicians, Inc.; UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health Care» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health Care»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que yo lo firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health Care en donde yo soy un paciente; sin embargo, este consentimiento no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones o actividades de cobros relacionados con las admisiones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

**Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado**

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health Care y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del que yo me encuentro ahora y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health Care para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Yo estoy consciente de que los proveedores listados en el apéndice A de este consentimiento son contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care, conforme a la lista, y ellos proveen servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health Care de acuerdo con su juicio profesional. Los proveedores listados en el apéndice A no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como vacunaciones y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo pruebas de laboratorio. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados de mi proveedor de cuidados de la salud. Yo entiendo que mi equipo médico de los afiliados de UNC Health Care puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

**Consentimiento para el uso y divulgación de información.**

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health Care –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, servicios de salud que me presten, o pago por mis servicios de salud que pudiera ser necesaria: (1) para mi tratamiento (a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalaciones que necesiten la información para mi cuidado continuo); (2) para cualquier propósito relacionado con el pago de servicios hecho por mí o un tercero (para determinar idoneidad, para procesar una reclamación al seguro, para revisión de utilización y calidad o con el propósito de facturación o cobro, según sea necesario para obtener el pago); (3) para las operaciones del negocio de cuidados de la salud del afiliado de UNC Health Care u otro proveedor de cuidados de la salud que haya tenido relación conmigo (incluyendo la evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades para la recaudación de fondos); o (4) de otra manera descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad y como la ley lo permita.

Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad de UNC Health Care*.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías, videos o hacer dibujos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago o de las operaciones de cuidados de la salud (los cuales pueden incluir evaluación de calidad, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

**Consentimiento para ser utilizado dentro de UNC Health Care**

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health Care y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información delicada necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la salud mental o conductual (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de otra institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o abusadores de sustancias, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para el abuso de alcohol o drogas, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas y pruebas genéticas.

**Responsabilidad financiera**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico, se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual pudiera ser distinto del costo estimado que me dieron. También entiendo que es posible que una compañía de seguro médico no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge o padre de un menor de edad). Si yo no tengo cobertura de un seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health Care, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health Care.

**Yo además autorizo la divulgación de información financiera y actividad relacionada con los pagos por los servicios a:**

**Nombre del individuo:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid**

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine razonables y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud bajo los programas de Medicare y Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health Care en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health Care a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health Care.

**número del seguro social**

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health Care pueden usarlo para fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

**Número de teléfono celular**

Los afiliados de UNC Health Care o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por teléfono a cualquier número anotado en mi expediente de los afiliados de UNC Health Care incluyendo teléfonos celulares con el propósito de comunicarse conmigo respecto al cuidado de mi salud, proporcionarle servicios a mi cuenta y cobrar

las cantidades adeudadas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y mensajes de texto y el uso de servicios de llamada automáticos. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con UNC Health Care en forma verbal o escrita.

**Objetos personales**

A menos que yo sea un residente en un centro especializado de enfermería, yo entiendo que los afiliados de UNC Health Care no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo relevo a los afiliados de UNC Health Care de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

**Lista de pacientes**

Para la conveniencia de los pacientes y visitantes, los afiliados de UNC Health Care pueden mantener una lista de los pacientes que están recibiendo servicios actualmente en una instalación para que ellos puedan proporcionar el lugar donde se encuentra el paciente en las instalaciones y el estado general del paciente a las personas que preguntan por un paciente por su nombre. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, yo les doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care para proporcionar mi ubicación y estado general a los individuos que pregunten por mí por mi nombre.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista de pacientes de los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre.

**Información religiosa**

Puede que los afiliados de UNC Health Care proporcionen una lista de pacientes al clero de la comunidad cuando la solicitan. Esta lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, su estado en general y su afiliación religiosa. A menos que yo haya escrito mis iniciales a continuación, yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care para proporcionar a los clérigos de la comunidad, que lo pidan, mi nombre, ubicación, estado general y afiliación religiosa

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista que proporcionan al clero los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre. Yo entiendo que, aun así, aquellas personas que trabajan para los afiliados de UNC Health Care como capellanes pudieran obtener esta información.

**Compartiendo información con los familiares o amigos**

Como una cortesía, la información de salud limitada pudiera compartirse con familiares y amigos bajo las siguientes circunstancias: (1) la información está relacionada con la participación del individuo en el cuidado del paciente o pago por su cuidado, o (2) la información es necesaria para notificar a individuos responsables del cuidado del paciente sobre la ubicación del paciente, estado en general o la muerte. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, doy mi autorización para compartir información de salud limitada con mi familia y amigos autorizados bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que la información personal de salud se comparta con los familiares o amigos.

**YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH CARE O A ACCIONES EN PROCESO.**

**Yo autorizo a los afiliados de UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

**GARANTE:** Si yo firmo a continuación como garante (no como el paciente o cónyuge del paciente o padre de un menor de edad), yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no canceladas de los afiliados de UNC Health Care, **indistintamente de si de otra forma no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GARANTE DE PAGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02.14.17*

## **APÉNDICE A**

### Contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care

#### **UNC Hospitals («UNCH»)**

Estoy consciente de que los médicos, enfermeras especializadas y asociados médicos que proveen servicios a pacientes de UNCH pueden ser contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de UNC Hospitals de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de UNC Hospitals.

#### **Rex Hospital, Inc. («Rex»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, psiquiatras, obstetras hospitalistas, radiólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rex.

#### **High Point Regional Health («High Point Regional»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, radiólogos, y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de High Point Regional Health de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de High Point Regional.

#### **Caldwell Memorial Hospital, Incorporated («Caldwell»)**

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Caldwell de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Caldwell.

#### **Chatham Hospital, Inc. («Chatham»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, hospitalistas, patólogos, y radiólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Chatham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Chatham.

#### **Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital («Pardee»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos, el grupo de anesthesiólogos, oncólogos de radiación y los patólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Pardee de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Pardee.

#### **Johnston Health Services Corporation («Johnston»)**

Yo estoy consciente de que la mayoría de los médicos que proporcionan cuidados en Johnston, y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios en Johnston de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Johnston.

#### **Nash Hospitals, Inc. («Nash»)**

Yo estoy consciente de que todos los médicos que ejercen en Nash y puede que me atiendan, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos, médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, evaluadores de electrocardiogramas, hospitalistas (incluyendo hospitalistas de atención médica primaria, hospitalistas pediátricos, neonatólogos y cirujanos hospitalistas), cirujanos bariátricos, cardiólogos, psiquiatras, médicos especialistas en heridas y sus respectivas enfermeras especialistas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Nash de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados o agentes de Nash, y que Nash no es responsable por sus acciones.

**Premier Surgery Center, LLC («PSC») y High Point Surgery Center, LLC («HPSC»)**

Yo estoy consciente de que los anesestesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, y radiólogos y sus enfermeras especialistas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de PSC y HPSC de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados ni agentes de PSC o HPSC, y que PSC y HPSC no son responsables por sus acciones.

**Premier Imaging, LLC («Premier Imaging»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos de Premier Imaging son contratistas independientes que le proporcionan servicios a Premier Imaging de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Premier Imaging.

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 12/19/2016*



**APÉNDICE B**

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

UNC Health Care y su red de entidades asociadas cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UNC Health Care y su red de entidades asociadas no excluyen a las personas ni las tratan de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

---

**A. Asistencia y Servicios Gratuitos**

---

UNC Health Care y su red de entidades asociadas:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la persona que se identifica abajo (Sección C), para la ubicación de la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios.

---

**B. Reclamaciones**

---

Si considera que UNC Health Care o una entidad asociada de la red no le proporcionaron estos servicios o lo discriminaron de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación ante las siguientes personas (Sección C), dependiendo de dónde está usted recibiendo los servicios. Puede presentar la reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, la persona que se identifica abajo de la ubicación de la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios, está a su disposición para brindársela.

---

**C. Contactos**

---

Entidad de la red	Persona para ayudar con la Asistencia y Servicios Gratuitos	Persona para ayudar con las Reclamaciones
<b>UNC Medical Center</b> (UNC Hospitals; UNC Faculty Physicians; UNC Health Care Shared Services Pharmacy; UNC Homecare; y UNC Home Health)	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> )  Patient Relations Department 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Fax: (984) 974-8895 Correo electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> )  Patient Relations Department 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Fax: (984) 974-8895 Correo electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu

<p><b>Caldwell Memorial Hospital, Inc.</b></p>	<p>Patient Care Coordinator (<i>Coordinador de Atención al Paciente</i>)</p> <p>321 Mulberry Street SW  P.O. Box 1890  Lenoir, NC 28645  Teléfono: (828) 757-5100</p>	<p>Risk &amp; Regulatory Department (<i>Departamento de Riesgos y Regulación</i>)</p> <p>321 Mulberry Street SW  P.O. Box 1890  Lenoir, NC 28645  Teléfono: (828) 757-5555  Fax: (828) 759-4984  Correo electrónico:  RiskMgtUNCCaldwell@unhealth.unc.edu</p>
<p><b>Chatham Hospital, Inc. y Chatham Imaging Services of Pittsboro, LLC</b></p>	<p>Interpreting Services Director (<i>Director del Departamento de Servicios de Interpretación</i>)</p> <p>Interpreting Services  Chatham Hospital  475 Progress Boulevard  Siler City, NC 27344  Teléfono: (919) 799-4770</p>	<p>Director of Quality and Risk Management (<i>Director de Gestión de Calidad y Riesgos</i>)</p> <p>Quality and Risk Management  Chatham Hospital  475 Progress Boulevard  Siler City, NC 27344  Teléfono: (919) 799-4015  Fax: (919) 799-4821</p>
<p><b>High Point Regional Health</b>  (incluye Regional Physicians, LLC; High Point Surgery Center, LLC; Premier Surgery Center, LLC; y Premier Imaging, LLC)</p>	<p>Language Services (<i>Servicios de Idiomas</i>)</p> <p>Spiritual Care Department  High Point Regional Health  601 N. Elm Street  P.O. Box HP-5,  High Point, NC 27262  Teléfono: (336) 878-6860  Fax: (336) 878-6367</p>	<p>Patient Experience Department (<i>Departamento de Experiencias del Paciente</i>)</p> <p>High Point Regional Health  601 N. Elm Street  P.O. Box HP-5,  High Point, NC 27262  Teléfono: (336) 781-2502  Fax: (336) 878-6359  Correo electrónico:  PatRelUNCHighPoint@unhealth</p>
<p>Johnston Health Services Corp.  (d/b/a <b>Johnston Health</b>)</p>	<p>Telephone Operator (<i>operador telefónico</i>)</p> <p>Johnston Health  509 N. Bright Leaf Boulevard  P.O. Box 1376  Smithfield NC 27577  Teléfono: (919) 934-8171</p>	<p>Compliance Director (<i>Director de Cumplimiento</i>)</p> <p>Compliance Office  Johnston Health  509 N. Bright Leaf Boulevard  P.O. Box 1376  Smithfield NC 27577  Teléfono: 919-938-7121  Fax: (919) 938-7916</p>
<p>Henderson County Hospital Corp.  (d/b/a <b>Margaret R. Pardee Memorial Hospital</b>)</p>	<p>Interpreter Services (<i>Servicios de Intérpretes</i>)</p> <p>Margaret R. Pardee Memorial Hospital  800 North Justice Street  Hendersonville, NC 28791  Teléfono: (828) 696-4644  Fax: (828) 696-4657</p>	<p>Civil Rights Coordinator (<i>Coordinador de Derechos Civiles</i>)</p> <p>Margaret R. Pardee Memorial Hospital  800 North Justice Street  Hendersonville, NC 28791  Teléfono: (828) 698-7998  Fax: (828) 696-4657</p>
<p><b>Nash Health Care Systems</b>  (Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; y NHCS Physicians, Inc.)</p>	<p>Community Outreach/Emergency Management Coordinator (<i>Coordinador de Programas Comunitarios/Gestión de Emergencias</i>)</p> <p>Nash Health Care Systems  2460 Curtis Ellis Drive</p>	<p>Coordinator for Quality Support Services &amp; Risk Management (<i>Coordinador de Garantía de Calidad y Minimización de Riesgo</i>)</p> <p>Nash Health Care Systems  2460 Curtis Ellis Drive  Rocky Mount, NC 27804</p>

	Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252) 962-3461 Fax: (252) 962-3347	Teléfono: (252) 962-8767 Fax: (252) 962-8855
<b>UNC REX Healthcare</b> (Rex Hospital, Inc.; Rex Surgery Center of Wakefield, LLC; Rex Surgery Center of Cary, LLC; Rex Wakefield Wellness, LLC; y Rex Radiation Oncology, LLC)	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> )  Patient Relations Department UNC Medical Center 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Fax: (984) 974-8895 Correo electrónico: patrel1@unhealth.unc.edu	Director of Quality Programs, Department of Quality Programs ( <i>Director de los Programas de Calidad</i> )  UNC REX Healthcare 4420 Lake Boone Trail Raleigh, NC 27607 Teléfono: (919) 784-3429 Fax: (919) 784-3076
<b>UNC Physicians Network, LLC;</b> y <b>UNC Physicians Network Group Practices, LLC</b>	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> )  Patient Relations Department UNC Medical Center 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Fax: (984) 974-8895 Correo electrónico: patrel1@unhealth.unc.edu	Human Resources Executive ( <i>Ejecutivo de Recursos Humanos</i> )  UNCPN Human Resources 2000 Perimeter Park Drive Suite 200 Morrisville, NC 27560 Teléfono: (984) 215-4032 Fax: (984) 215-4037 Correo electrónico: contactuncpn@unhealth.unc.edu

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamación en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

**D. Atención**

---

- **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:

**UNC Medical Center (UNC Hospitals, UNC Faculty Physicians, UNC Shared Services Center Pharmacy, UNC Homecare, y UNC Home Health):**  
1-984-974-5006

**High Point Regional Health (incluye Regional Physicians; High Point Surgery Center; Premier Surgery Center, LLC; y Premier Imaging):**  
1-336-878-6860

**Caldwell Memorial Hospital:**  
1-828-757-5100

**Johnston Health:**  
1-919-934-8171

**Chatham Hospital y Chatham Imaging Services of Pittsboro:**  
1-984-974-5006

**Margaret R. Pardee Memorial Hospital:**  
1-828-696-4644

**Nash Health Care Systems (Nash Hospitals, Nash MSO, y NHCS Physicians):**

1-252-962-8000

**UNC REX Healthcare (Rex Hospital; Rex Surgery  
Center of Wakefield; Rex Surgery Center of Cary; Rex  
Wakefield Wellness; y Rex Radiation Oncology):**  
1-984-974-5006

**UNC Physicians Network (UNCPN) y UNC Physicians  
Network Group Practices (UNCPN GP):**  
1-984-974-5006

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 12/19/2016*

## **Derechos y responsabilidades del paciente**

### **En Rex Hospital, Inc. usted tiene el derecho de:**

1. Recibir cuidado libre de discriminación y respetuoso de su privacidad personal, valor personal, dignidad y creencias. Rex prohíbe discriminación con base en la edad, raza, etnicidad, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, sexo, orientación sexual, y expresión o identidad sexual.
2. Recibir atención en un ambiente seguro y respetuoso.
3. Recibir tratamiento privado y confidencial.
4. Confidencialidad, privacidad y seguridad de su información del cuidado de la salud.
5. Recibir visitas que usted haya designado y cancelar o denegar dichos consentimientos en cualquier momento.
6. Estar involucrado en las decisiones sobre su plan de tratamiento/cuidado, plan del alta y plan de control del dolor.
7. Recibir información completa sobre los riesgos, beneficios y alternativas del plan de cuidado que le den de forma que usted pueda entender y con el uso de los servicios de un intérprete, si fuera necesario.
8. Solicitar o rechazar cuidado/tratamiento hasta donde lo permita la ley. Su proveedor de cuidados de la salud le explicará las consecuencias médicas de rechazar el tratamiento recomendado.
9. Estar de acuerdo o rechazar el uso de grabadoras, videos u otras imágenes a usarse por otras razones que no sean para su cuidado.
10. Que le informen a un miembro de la familia o representante de su elección y a su médico personal que lo admitieron en el hospital.
11. Que esté con usted un miembro de la familia, amistad u otro individuo para darle apoyo emocional durante su estadía en Rex a menos que su presencia infrinja los derechos o la seguridad de otros o sea médica o terapéuticamente contraindicado según la política de visitas de Rex.
12. Recibir información sobre las voluntades anticipadas (testamento vital, poder notarial para la atención médica), obtener ayuda para completar las voluntades anticipadas y que las voluntades anticipadas se respeten una vez que se hayan formalizado legalmente y que estén disponibles en el expediente médico.
13. Estar involucrado en las decisiones de cuidado ante una muerte inminente que incluyen suspender los tratamientos para prolongar la vida, servicios de reanimación y donación de órganos o tejidos.
14. Solicitar la evaluación de la planificación del alta en cualquier momento durante su estadía.
15. Saber el nombre y el papel que desempeñan sus proveedores de cuidados (médico, enfermera, etc.) y saber quién es el principal responsable de su cuidado.
16. Solicitar ver la información que se encuentra en su expediente médico y solicitar que se hagan cambios en su expediente médico.
17. Saber a quién se le ha revelado su información.

18. Estar libre de abuso, negligencia y acoso y recibir nuestra ayuda para comunicarse con los servicios de abogacía o de protección.
19. Estar libre de restricciones o aislamiento que no sea médicamente necesario o que se use de manera inapropiada.
20. Recibir tratamiento médicamente necesario sin tener en cuenta su habilidad para pagar.
21. Estar informado de los cargos y de su responsabilidad financiera. Recibir asesoría financiera si la solicita.
22. Participar o rehusar participar en investigaciones. Usted puede rehusar en cualquier momento sin comprometer su cuidado o tratamiento.
23. Recibir copias de sus facturas del hospital y una explicación de los cargos. Estar informado de que Rex tiene contratos con Raleigh Emergency Medicine, Raleigh Radiology, Rex Pathology Associates, Rex/UNC Radiation Oncology, American Anesthesiology of NC y UNC Neonatology para proporcionar servicios a nuestros pacientes. Estos médicos son profesionales médicos independientes y no son empleados de Rex Hospital.
24. Responden a sus quejas prontamente. Sus quejas no afectarán su acceso a cuidado, tratamientos o servicios. **Por favor dirija sus quejas al personal que le está proporcionando su cuidado o a la gerencia del departamento o comuníquese con el Quality Programs Department al 919-784-7201.** También puede enviar su queja por correo a Rex Healthcare, Quality Programs Department, 4420 Lake Boone Trail, Raleigh, NC 27607. Para quejas sobre la facturación, por favor comuníquese con UNC Health Care Patient Financial Services Customer Service al 1-800-594-8624.

### **También puede contactar con:**

**The Joint Commission** por teléfono: 1-800-994-6610 (disponible durante la semana de 8:30 a. m. a 5 p.m. zona horaria del centro); correo electrónico: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org); Fax: 630-792-5636; o por correo postal: Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois 60181. Resuma el problema en dos páginas o menos e incluya el nombre y la dirección completa de la organización en cuestión.

**The North Carolina Division of Health Services Regulation** por teléfono: 1-800-624-3004 (en NC) o 919-855-4500 (disponible durante la semana de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., con excepción de los días festivos); Fax 919-715-7724; o correo postal: 2711 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-2711.

### **Sus responsabilidades son:**

1. Proporcionarnos tanta información como sea posible sobre su salud y su historial médico.
2. Hacer preguntas cuando usted no entienda.
3. Seguir las instrucciones de su cuidado. Si usted no puede o no quiere seguir las instrucciones, necesita decírnoslo. Usted es responsable de los resultados por no seguir su plan de cuidado.
4. Actuar de manera respetuosa con otros pacientes, con el personal y las propiedades de la instalación.
5. Cumplir con sus responsabilidades financieras con la instalación, para pagar por su cuidado (después de cualquier pago que haya hecho la aseguradora o solicitar asistencia financiera).
6. Seguir las reglas y regulaciones de esta instalación.