



P.O. Box 1978
 Salisbury, MD 21802-1978
 Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

**Póliza de Oficina de CHC
 (CHC Office Policy)**

Estimado Paciente:

Bienvenido. Para ayudarle a familiarizarse con la oficina, hemos preparado unas pocas palabras sobre nuestras pólizas y itinerario de cobros. Por favor lea esto y firme abajo indicando que usted entiende las normas.

Su Cita

Su cita es tiempo asignado para usted y su proveedor. Por favor entienda que nos permite un tiempo considerable para cada paciente. Por favor, notifícanos su cancelación con un día de anticipación. CHC hará todo lo posible para llamarle 48 horas antes de su cita para confirmar la cita. Informe sobre asuntos de los pacientes: CHC le estimula a compartir cualquier asunto o queja sobre su seguridad o de la calidad de su cuidado con nosotros. Para contactarnos, llame al numero telefonico de la oficina de CHC donde usted recibe su cuidado y hable con la administradora de sitio o al designado.

REVELACION DE LA POLIZA FINANCIERA / ACUERDO DE PAGO

GARANTIA DE PAGO: Chesapeake Health Care someterá los cobros de servicios médicos a la compañía aseguradora que registró usted; sin embargo, la cantidad permanecerá siendo la responsabilidad del garante/paciente. Los co-pagos se esperan en el momento del servicio.

AUTORIZACION PARA LA REVELACION DE INFORMACION MÉDICA: El paciente autoriza a Chesapeake Health Care a revelar su diagnosis y otra información médica a grupos terceros para recibir pagos por servicios rendidos por el proveedor de CHC y otros proveedores del cuidado de salud.

Corriente Itinerario de Cobros:

- Chesapeake Health Care mantiene un fijo itinerario de cobros para evaluaciones y administración de los pacientes así como para procedimientos.
- Pacientes son requeridos a presentar sus tarjetas de seguro medica durante cada visita, si los tienen. Si usted ha cambiado su dirección o su asegurador medico, por favor notifícanos.
- Si no tiene seguro médico, un pago mínimo es requerido en la hora de la cita, según la póliza de declaración de pagos de CHC.

Saldos Positivos de Cuentas y Comprobantes de Ingresos para Pacientes sin Seguro Médico:

La recepcionista médica repasara su saldo con usted en privado. Es su obligación traer comprobantes de sus ingresos, si usted va a pagar por nuestros servicios. Si el abajo firmante falla a presentar comprobantes de sus ingresos para el descuento, el abajo firmante pagara el precio completo por las consultas previas y posteriores. Reservamos el derecho de cobrar saldos que no se han pagado.

Yo certifico que entiendo el contenido de la póliza de CHC, y que toda la información que he dado es exacta y correcta. Una fotocopia de este acuerdo será valido.

 Paciente o Guardián (Si es menor de edad) - *Imprima por favor*

 Testigo - *Imprima por favor*

 Firma del Paciente o Guardián (Si es menor de edad)

 Firma de un Testigo

 Fecha

 Fecha



P.O. Box 1978
 Salisbury, MD 21802-1978
 Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

" POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE "

Si la etiqueta no esta disponible, Paciente/Guardián: Por favor complete la información abajo:

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Autorización y Consentimiento a Tratamiento
 (Authorization and Consent to Treatment)

1. Yo doy mi consentimiento y autorizo a la administración por todo el cuidado clínico ambulatorio de rutina médica, el desempeño de todos los exámenes, procedimientos diagnósticos y tratamiento, incluyendo procedimientos médicos, quirúrgicos o de rayos-x (radiografías) o de tratamiento, cuál en el juicio de mi médico/dentista/clínico, puede ser necesario o deseable para mi cuidado médico.
 - a. Entiendo que si en caso que mi médico/dentista/clínico cree que un tratamiento ponga en riesgo a mi salud, él me explicará esos riesgos antes de administrar el tratamiento.
 - b. Estoy enterado que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, y yo reconozco que no se me han hecho garantías sobre los resultados de tratamientos o de exámenes hechos por la clínica.
 - c. Yo entiendo que Chesapeake Health Care (CHC) participa en el entrenamiento de estudiantes médicos, enfermeras, y estudiantes de salud aliados los cuales tal vez pasen a observar o participen en el cuidado del paciente bajo la supervisión de un proveedor certificado.

2. Yo doy mi consentimiento para que mi información medica protegida (PHI) sea disponible para el propósito de seguir con tratamientos, pagos, y funciones del cuidado medico. Sin embargo, yo tengo el derecho a solicitar de CHC una restricción sobre el uso y la revelación de mi información medica protegida (PHI) para tratamientos, pagos, y funciones del cuidado medico (TPO). Chesapeake Health Care no esta en la obligación a cumplir con tales restricciones.

3. Yo estoy acuerdo de que Chesapeake Health Care me proveyó una copia del Aviso Sobre Practicas Relacionadas con la Privacidad (NPP) en o después del 14 de abril del 2003, y me han informado de que yo tengo el derecho de revisar el aviso antes de dar mi consentimiento. CHC tiene el derecho de modificar el contenido del NPP cuan sea necesario. El NPP puede ser modificado bajo la dirección del oficial de la privacidad.

Acuerdo de NPP y la notification de los derechos de los pacientes de CHC _____ (Por favor ponga sus iniciales)

4. Para proveer coordinación y continuidad de cuidado, yo consiento a una investigación de mis aclamaciones a mi compañía de aseguranza, permitiendo investigación electrónica de mis medicamentos recetados en mi archivo. _____ (Por favor ponga sus iniciales)

5. Yo también entiendo mis derechos y obligaciones en la relación entre medico y paciente que yo estableceré con los proveedores de CHC. Yo seguiré los consejos que me de mi proveedor y llegare a las citas que me den. Si yo decido cancelar mi cita llamare a CHC, o les informare por forma escrita.

6. Conducta considerado inaceptable (abuso verbal/abuso físico, violación de la contracto de las drogas) por las proveedores de CHC, será abordado y podría resultar en despido desde CHC. ____ (Por favor ponga sus iniciales)

POR FAVOR LLAME SI TIENE QUE CANCELAR SUS CITAS

7. Esta forma ha sido completamente explicada y certifico que entiendo sus contenidos.

Provider or Patient Service Rep. Signature	Firma del Paciente o Guardián Autorizado	Fecha
Provider or Patient Service Rep. Name (printed)	Nombre del Paciente o Guardián Autorizado	Fecha



P.O. Box 1978
 Salisbury, MD 21802-1978
 Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

PATIENT INFORMATION FORM
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

"IMPRIMA POR FAVOR"

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____
 Número de seguro social _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Estado civil _____
 Sin domicilio _____ Trabajador migratorio _____ Trabajador de temporada _____ Víctima de desastre _____
 Idioma principal _____
 Doctor regular _____

Chart # _____
 Teléfono de casa _____
 Teléfono de trabajo _____
 Celular _____
 Pager _____

¿Es usted paciente de otro departamento de TLC? (favor de marcar los que apliquen)

Pediatría Medicina adulta Obstetricia/Ginecología Dental Salud Mental

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Patrón _____ Teléfono _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PADRES, TUTORES, ESPOSO O ESPOSA

Nombre de padre/tutores/esposo o esposa _____ Teléfono de casa _____
 Dirección _____ Teléfono de trabajo _____
 Ciudad _____ Celular _____
 Estado _____ Código postal _____ Pager _____

En caso de urgencia contactar a _____
 Relación _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Médico Dental Salud Mental

Compañía de seguros _____ Ciudad _____
 Dirección _____ Estado/Código postal _____
 Nombre del asegurado _____ Patrón del asegurado _____
 Número de identificación _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____
 Número de grupo _____ Número de seguro social _____
 Relación del paciente al asegurad _____ Número de teléfono _____
 Fecha de efectividad _____ Fecha de expiración _____

¿Usted tiene algún seguro adicional? (favor de marcar uno) SI NO

En el caso de tener seguro adicional, proporcione la siguiente información:
 Compañía de seguros _____ Ciudad _____
 Dirección _____ Estado/Código postal _____
 Nombre del asegurado _____ Patrón del asegurado _____
 Número de identificación _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____
 Número de grupo _____ Número de seguro social _____
 Relación del paciente al asegurado _____ Número de teléfono _____



P.O. Box 1978
Salisbury, MD 21802-1978
Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

PERMISSION TO DISCUSS MEDICAL CARE
Permiso para discutir el cuidado médico

" IMPRIMA POR FAVOR "

Doy el permiso para _____
(Nombre)

(Fecha de Nacimiento) _____
(relación al paciente)

_____ para discutir mi asistencia médica, incluyendo
(teléfono)

los resultados de la prueba pedidos por esta oficina, con el

Dr. _____ y cualquier miembro del provea
de personal en una comunidad más baja Chesapeake Health Care de tres
condados.

Firma

Nombre impreso del paciente

Fecha



P.O. Box 1978 Salisbury, MD 21802

Medical Records Fax Nos:

Berlin 410-973-2843

PMD Peds 410-219-5976

Pocomoke 410-957-0152

Princess Anne 410-651-1077

Riverside MH 443-358-6194

Sweetbay MH 410-219-3446

Woodbrooke Adult Med. 410-546-2656

Woodbrooke GYN 410-742-6633

"POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE"

AUTHORIZACION PARA COMPARTIR EXPEDIENTES MÉDICOS
(Authorization for Release of Medical Records)

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Teléfono _____

1. Personas o grupos de personas autorizadas para usar/compartir esta información y el propósito:

<input type="checkbox"/> Chesapeake Health Care	Teléfono _____	Fax _____	Propósito:	<input type="checkbox"/> Mis expedientes médicos personales
<input type="checkbox"/> _____	Nombre de Proveedor/Médico		<input type="checkbox"/> Traslado a otro proveedor	
_____	Calle		<input type="checkbox"/> Compartiendo información con otro proveedor	
_____	Estado	Código Postal	<input type="checkbox"/> Otro _____	

2. Personas o grupos de personas autorizados para recibir esta información:

<input type="checkbox"/> Chesapeake Health Care	Teléfono _____	Fax _____	<input type="checkbox"/> Yo
<input type="checkbox"/> _____	Nombre		
_____	Calle	Estado	Código Postal
_____	Teléfono	Fax	

3. Descripción de la información para ser usada o compartida: (Por favor marque la caja con un X) Intervalo de fechas:

<input type="checkbox"/> Copias por correo	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental	<input type="checkbox"/> Información de VIH
<input type="checkbox"/> Historia de vacunaciones	<input type="checkbox"/> Expedientes dentales	<input type="checkbox"/> Radiografías y otras imágenes	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorios

4. Entiendo que la persona quien yo autorizo para usar/compartir mi información médica protegida puede recibir compensación por hacerlo. _____ (Iniciales del paciente)

Entiendo que puedo rehusar a firmar esta autorización y que si lo hago, no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago u elegibilidad para beneficios y que yo puedo examinar o copiar alguna información usada o compartida debajo de esta autorización. _____ (Iniciales del paciente)

5. Entiendo que si la parte que recibe esta información no es un proveedor de cuidado médico o plan de salud susceptible a regulaciones federales de privacidad que la información descrita arriba puede ser divulgada otra vez y ya no es protegida por las regulaciones de privacidad. _____ (Iniciales de paciente)

6. Entiendo que puedo rehusar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto en el alcance que la acción en esta autorización no ya ha ocurrido y que mis expedientes son protegidas por regulaciones federales que controlan la Confidencialidad de Expedientes del Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR Parte 2, y la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Partes 160 y 164. _____ (Iniciales del paciente)

7. Esta autorización se hace efectiva _____ y expirará en _____
Fecha Fecha

Firma del paciente (o representativo)

Relación a paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



Aviso de la Privacidad

www.Chesapeakehc.org

Este aviso describe como la información médica de usted puede ser usada y revelada, y como usted puede obtener acceso a esta información. Por favor lealo cuidadosamente.

Podríamos usar y revelar su información personal de la salud para estos propósitos:

Para Tratamiento: Podríamos usar y revelar la información de su salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes medicales y otros que están involucrados en su cuidado.

Para el Pago: Podríamos usar y revelar su información de la salud para fracturar y coleccionar el pago por los tratamientos y servicios proveídos a usted. También podríamos proveer esta información a su plan de seguro médico para controlar demandas y para recibir aprobación anterior de cobertura del tratamiento.

Para las gestiones de cuidados de la salud: Podríamos usar y revelar su información de la salud para manejar esa clínica, para asistir a otros proveedores involucrados en su cuidado, para asegurar cuidado de alta calidad y para evaluar el rendimiento de cuidado por nuestro personal.

Recordatorios de cita y servicios relacionados de la salud: Podríamos usar y revelar su información de la salud para recordarle de su cita o darle información sobre tratamientos alternativos u otros servicios relacionados de la salud que ofrecemos.

Relevaciones a la familia, amigos u otros: Podríamos revelar la información de la salud de usted a un amigo o un familiar quien está involucrado en su cuidado o a la persona que pagan por su cuidado.

Investigación: En ciertas circunstancias, podríamos usar y revelar su información de la salud para el propósito de una investigación, cual requiere permiso especial.

Para la donación de los órganos: Podríamos notificar organizaciones de adquisición de órganos por trasplantes para asistirles en donaciones y trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

Cuando es requerido por la ley: Relevaremos la información sobre su salud cuando sea requerido por la ley federal, estatal o la ley local.

Para prevenir amenazas serias a la salud o la seguridad: Podríamos usar y revelar su información de la salud cuando fuera necesario para prevenir amenazas serias a su salud y seguridad, o la de otra persona. Cualquier relevación, sin embargo, solo fuera a alguien que pudiera prevenir la amenaza.

Los militares y veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separados/descargados de los servicios militares, podríamos usar y revelar su información de la salud como requerida por las autoridades militares o el departamento de asuntos de los veteranos, cuando sea aplicable.

La compensación de empleados: Podríamos usar y revelar su información de la salud para la compensación de empleados o programas similares. Esos programas proveen beneficios por heridas o enfermedades sufridas en el trabajo.

Actividades de salud pública: Podríamos usar su información de la salud para prevenir o controlar enfermedades, heridas, o incapacidades y para reportar: nacimientos y muertos, abuso o negligencia infantil, reacciones al medicamentos o problemas, productos retirados, y para notificarle a personas que fueron expuestas a enfermedades. Podríamos también notificar a las autoridades apropiadas si creemos que un paciente fue la víctima del abuso, negligencia, o violencia domestica cuando sea requerida por la ley.

Actividades de supervisión de la salud: Proveeríamos la información para asistir al gobierno cuando haya una investigación o inspección del proveedor u organización de servicios médicos.

Demandas legales y disputas: Podríamos usar y revelar su información de la salud para responder a una orden judicial o administrativa, una citación, una solicitud de descubrimiento, u otros procesos legales, pero solo si han tratados informarle sobre la solicitud o si han obtenido una orden que protege la información solicitada.

Ejecución de las leyes: Revelaríamos la información de su salud a oficiales del orden público para responder a un mandato judicial, citación, orden judicial, orden de comparecencia; o para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, un testigo material o persona desaparecida. En ciertas circunstancias para informarles sobre la víctima del crimen o conducto criminal en la clínica.

Para funciones específicas del gobierno: Podríamos usar y revelar la información de su salud a las oficiales federales autorizadas para el propósito de inteligencia u otras actividades legales de la seguridad nacional. También proveeríamos la información para proveer protección al Presidente o a los jefes de estados extranjeros. Revelaríamos la información de su salud al médico forense o a un examinador de salud.

Presidarios: Solo revelamos su información cuando es necesario para que la institución proveer el cuidado médico, para proteger su salud, o para la seguridad de la institución penal.

Otros usos: Otros usos y relevaciones de su información personal de la salud que no son descritos en este Aviso de la Privacidad, incluyendo las notas de psicoterapia necesitarán tener so permiso previo por escrito. Usted puede revocar el permiso escrito a cualquier momento por escrito. Nosotros no podemos anular los usos y revelaciones que fueron hechos antes que usted revocó el permiso.

Actividades de recaudación fondos: No nos empeñamos a usar la información personal de salud para recaudar fondos por nuestra organización.

Marketing: No usamos la información personal de la salud por propósitos de Marketing.

Venta de la información personal de salud: No vendemos la información personal de salud.

CRISP: Hemos elegido a participar en el Chesapeake Regional Information System for our Patients, INC. (CRISP) un intercambio estatal de información de la salud. Como la ley lo permite, su información de la salud será compartida entre esto intercambio para proveer acceso más rápido, mejor coordinación del cuidado y ayudar los proveedores y oficiales de salud pública para hacer más decisiones informadas. Usted puede optar no participar e inutilizar todo el acceso de su información de la salud disponible por CRISP por llamando al 1-877-952-7477, o completando y entregando una forma de optar no participar a CRISP por correo, fax o por su sitio en el web www.crisphealth.org.

SUS DERECHOS

El derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede inspeccionar y copiar su información personal de salud en sus registros, a una solicitud escrita. En ciertas circunstancias muy limitadas, se puede negar su solicitud; a continuación, usted puede solicitar que se revise la negación. Nos conformaremos con los resultados del examen.

El derecho a modificar: Si se siente la información mantenida sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar una enmienda a su registro por escrito y debe contener una razón para apoyar su solicitud de modificación. Podemos negar su solicitud si es no por escrito o legible o si no fue creado por nosotros, no es parte de la información de salud mantenga por o para el centro de salud, no es parte de la información que permitiría a inspeccionar y copiar, o si la información es exacta y completa.

El derecho a recibir una contabilidad de accesos: Cualquier contabilidad no incluirán usos o revelaciones que ya ha accedido a, como realizados para el tratamiento o con autorización escrita, los que fueron a un familiar/amigo involucrado en su cuidado cuando usted nos dio permiso, o a las oficiales del orden público. La solicitud debe ser por escrito.

El derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho a pedir que nos limitamos a cómo usar y revelar su información, excepto revelaciones que estamos legalmente obligados a hacer. También tienes el derecho a solicitar un límite sobre la información de salud que revelamos a alguien que está involucrado en el cuidado o el pago de su cuidado, como un miembro de la familia. No estamos obligados a aceptar su solicitud si no es factible cumplir o si creemos que impactará negativamente nuestra capacidad para cuidarle. Si estamos de acuerdo, sin embargo, nos conformaremos con su solicitud, excepto en situaciones de emergencia. Las solicitudes deben ser por escrito.

El derecho a recibir comunicaciones confidenciales: Usted puede solicitar por escrito que nos comunicamos con usted sobre asuntos de la salud en cierta manera. Por ejemplo, puede pedir que le contactemos en el trabajo solo, o por correo a una dirección especificada. Acomodamos todas las solicitudes razonables y no le preguntará la razón de su solicitud.

El derecho a una copia en papel de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia de esta notificación cualquier momento. Solicite desde nuestro oficial de privacidad por escrito.

El derecho a recibir copias electrónicas de la información de salud de ser solicitadas.

El derecho a limitar relevaciones al plan de salud sobre el tratamiento para que el individuo ha pagado de su propio bolsillo.

El derecho a recibir notificación en el caso de relevaciones irregulares de la información personal de salud.

El derecho a recibir o recibirá notificaciones de su información sin garantía de salud del paciente.

NUESTRA PROMESA:

CHC es un centro multidisciplinar de salud. Entendemos que la información relacionada con su salud o cuidado médico es personal. Es nuestra responsabilidad proteger su información de salud personal. Cuando usted recibe tratamiento y otros servicios médicos ofrecidos por nosotros, le creamos un expediente electrónico con información sobre todos los servicios que usted recibió. Necesitamos este expediente para ofrecerle cuidado de calidad y también para cumplir con requisitos legales. Este aviso aplica a toda la información en su expediente sobre su cuidado, ya sean hechos por nuestros profesionales de salud o por otros trabajando en esta oficina. Este aviso le informa sobre las maneras en las cuales nosotros podríamos usar o revelar información personal sobre su salud. Este aviso también le describe sus derechos con la información sobre su salud que nosotros mantenemos y nuestras obligaciones cuando usamos y revelamos información sobre su salud.

La ley nos requiere que:

1. Nos aseguremos que la información de salud que lo identifica a usted sea mantenida privada de acuerdo con las leyes relevantes.
2. Le proveamos este aviso sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas en cuanto al manejo de su privacidad sobre su cuidado médico.
3. Nos seguimos por los terminas de este aviso que actualmente están en efecto en los que se refiere a toda la información sobre su salud

Como quejarse sobre nuestras prácticas de privacidad

Si usted cree que nosotros le violemos sus derechos de privacidad o no esté acuerdo con una decisión que fue hecha sobre a quién dar acceso a su información de salud, usted puede hacer una queja con la persona listado abajo.

Oficial de la privacidad

CHC

P. O. Box 1978

Salisbury, MD 21802

410-749-1015

Usted también puede entregar una queja por escrito al Gerente Regional, Office for Civil rights, US Department of Health and Human Services, 150 S. Independence Mall, suite 372, Philadelphia, PA 19106. Nosotros no le penalizáramos por hacer quejas sobre nuestras prácticas de privacidad.

Este aviso fue hecho efectivo a partir del 14 de Abril del 2003

Reservamos el derecho de revisar o modificar esta Política de Privacidad en cualquier momento. Estas revisiones o modificaciones podrán ser válidas para toda la información médica personal que mantenemos aunque creada o recibida antes de la fecha de vigencia de la revisión o modificación.

Voluntades Anticipadas (Testamento Vital) - Hoja de Información

Que Usted Debe Saber Sobre Voluntades Anticipadas

Todos tienen el derecho de tomar decisiones personales sobre su cuidado de salud. Los médicos piden si usted aceptará tratamiento al discutir los riesgos y beneficios, y ayudándole a decidir. ¿Pero qué pasa si usted ya no puede hacer sus propias decisiones? Alguien puede acabar herido o enfermo y ser incapaz de hacer decisiones sobre tratamientos médicos. Las voluntades anticipadas (testamento vital) habla por usted si es incapaz y ayuda a asegurar que sus creencias religiosas y personales serán respetadas. Es un documento legal útil para adultos de cualquier edad para planear por necesidades futuras de cuidado de salud. Mientras nadie está requerido de tener las voluntades anticipadas, es inteligente planear por adelantado y hacer un plan ahora. Si usted no tiene voluntades anticipadas y luego no puede hablar por usted, usualmente su familiar más cercano hará decisiones sobre cuidado de salud para usted. Pero aun si quiere que su familiar más cercano haga las decisiones por usted, las voluntades anticipadas pueden facilitar cosas para sus seres queridos para ayudar a prevenir malentendido o argumentos sobre su cuidado.

¿Qué puede hacer en las voluntades anticipadas?

Voluntades anticipadas le dejan decidir quién quiere usted que tome decisiones sobre el cuidado de su salud usted es incapaz de hacerlo por si mismo. También puede usarlo para decir que tipos de tratamiento quiere o no quiere, especialmente los tratamientos usados con frecuencia en emergencia médicas y cerca del fin de la vida de una persona.

1. **Agente de Cuidado de Salud** – Alguien que usted escoge para hacer decisiones sobre su cuidado de salud se llama un “agente de cuidado de salud” (también a veces llamado “poder notarial para servicios médicos”, pero a diferencia que otros poderes notariales, eso no es sobre dinero). Usted puede nombrar un familiar u otra persona. Esta persona tiene la autoridad para asegurar que los médicos y otros proveedores de servicios médicos le dan el tipo de cuidado que usted quiere, y que ellos no le dan tratamiento contra los deseos de usted. escoja alguien en que usted confía para hacer estos tipos de decisiones serias y hable a esta persona para asegurar que él o ella entiende y está dispuesto a aceptar esta responsabilidad.
2. **Instrucciones de Cuidado de Salud** – Usted puede informar a los proveedores qué tratamientos quiere tener o no tener. (A veces esto se llama un “documento de voluntades anticipadas”, pero nada que ver el testamento ordinario sobre propiedad). Ejemplos de los tipos de tratamiento sobre que usted puede decidir son:
 - a. Soporte vital – como respirar con un ventilador.
 - b. Esfuerzos a revivir un corazón parado o respirando (RCP)
 - c. Alimentando por tubos insertados por el cuerpo.
 - d. Medicina para aliviar el dolor.

Pregunte a su médico por más información sobre estos tratamientos. Piense sobre cómo tratamientos como esos caber en sus metas, creencias y valores si usted es herido gravemente o enfermo.

¿Cómo prepara las voluntades anticipadas?

Empiece por discutir, si quiere, con familiares, amigos íntimos, sus médicos o su consejero religioso. Muchas personas van al abogado para preparar las voluntades anticipadas. También usted puede obtener ejemplares en muchos lugares, incluyendo los mencionados como ejemplos al fin de esta hoja de información. No hay un formulario que debe ser usado. Usted puede crear su propio documento de voluntades anticipadas.

Para asegurar que las voluntades anticipadas son válidas, tiene que firmarla en la presencia de dos (2) testigos, quienes también firmarán. Si usted nombra un agente de cuidado de salud, debe asegurar que esta persona no es un testigo. La ley de Maryland no requiere que el documento está notariado. Debe dar una copia de las voluntades anticipadas a su médico, quien la pondrá en su expediente médico, y a otros en que confía para tenerlo disponible cuando necesario. Copias son igualmente válidas como los originales.

También puede hacer las voluntades anticipadas válidas por hablar al médico en frente de un testigo.

¿Cuándo las voluntades anticipadas surtirán efecto?

Usualmente, sus voluntades anticipadas surten efecto cuando su médico certifica por escrito que usted está incapaz de hacer decisiones sobre su cuidado. Si las voluntades anticipadas contienen instrucciones sobre cuidado de salud, ellos surtirán efecto dependiendo en su condición médica en ese momento. Si usted nombra un agente de cuidado de salud, debe ser claro en sus voluntades anticipadas cuando quiere que el agente ser capaz hacer las decisiones para usted.

¿Puedo cambiar mis voluntades anticipadas?

Si, usted puede cambiar o retirar las voluntades anticipadas en cualquier momento. Lo más reciente contará.

¿Dónde obtiene los formularios y más información sobre las voluntades anticipadas?

Hay muchos lugares para obtener formularios, incluyendo organizaciones médicos, religiosas, legales y de asistencia de envejecimiento. Tres lugares están mostrados debajo, pero estos son ejemplos. Cualquier de estos formularios es válido en Maryland pero no todos los formularios puede que sean de sus creencias o valores. Sus voluntades anticipadas no tienen que ser en algún formulario particular.

Llama a la oficina de Procurador General de Maryland

410-576-7000 o 1-888-734-0023

www.oag.state.md.us/healthpol/adirective.pdf

Llama a Caring Connections (Conexiones Cariñosas) (NHPCO)

1-800-658-8898

www.caringinfo.org

Llama a Aging with Dignity (Envejecimiento Con Dignidad)

1-800-594-7437

www.agingwithdignity.org

El Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland (DHMH por las siglas en Inglés)