



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

Política de la Oficina de CHC (CHC Office Policy)

Estimado Paciente:

Bienvenido. Para ayudarle a familiarizarse con la oficina, hemos preparado unas pocas palabras sobre nuestras políticas e 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, notificar su cancelación con un día de anticipación. Chesapeake Health Care (CHC) hará todo lo posible para llamarle 48 horas antes de su cita para confirmar la cita. Reporte de las inquietudes de los pacientes: CHC le motiva a compartir cualquier asunto o queja sobre su seguridad o de la calidad de su cuidado médico con nosotros. Para comunicarse con nosotros acerca de sus preguntas o inquietudes, llame a nuestro Coordinador de Control de Calidad/Mejora de la Calidad (QA/QI) de CHC al 410-912-6204.

DECLARACIÓN de la POLÍTICA FINANCIERA/ACUERDO DE PAGO

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

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: El paciente autoriza a Chesapeake Health Care a revelar su diagnóstico y otra información médica a terceros para recibir pagos por servicios prestados por el proveedor de CHC y otros proveedores del cuidado de salud.

Itinerario de Cobros:

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

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

La recepcionista revisará su saldo con usted en privado. Es posible que reciba mensajes de texto o correo electrónico sobre su saldo. 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 pagará 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 política de CHC, y que toda la información que he dado es exacta y correcta. Una fotocopia de este acuerdo será válido.

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

Adult/Peds/OB

shr/Secure Forms/CHC Office Policy Letter SPN 03.05.26



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.
 - d. Entiendo que mi proveedor puede usar una plataforma de grabación con IA (Inteligencia Artificial) para capturar los detalles de mi visita, lo que le permite completar la nota del examen de forma completa y oportuna. Entiendo que la plataforma de grabación cumple con todas las regulaciones de HIPAA y que esta información no se compartirá fuera de Chesapeake Health Care sin mi consentimiento.
 - e. Entiendo que no puedo grabar en video ni de ninguna otra manera ninguna parte de mi visita con CHC.
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 contrato 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

**PERMISO PARA DISCUTIR
EL CUIDADO MÉDICO**
(Permission to Discuss Medical Care)

" IMPRIMA POR FAVOR "

Doy permiso para que las personas enumeradas a continuación hablen sobre mi atención médica, incluidos los resultados de las pruebas solicitadas por mi proveedor o el personal de Chesapeake Health Care.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	Número teléfono

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



P.O. Box 1978 Salisbury, MD 21802

Medical Records Fax Nos:

Berlin 855-313-8264

Healthway MH 866-524-1484

PMD Peds 844-297-7497

Pocomoke 866-656-9132

Power Street Peds 410-630-1682

Princess Anne Adult Med. 866-656-8946

Princess Anne MH 866-656-9117

Princess Anne OB/GYN 866-656-9118

Princess Anne Peds 866-656-9119

Riverside MH 844-536-8418

S. Division St. 833-464-4452

Winterplace Adult Med. 833-449-4699

Woodbrooke Adult Med. 866-668-1786

Woodbrooke OB/GYN 866-656-9131

"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. Persons or group of persons authorized to use/disclose this information and purpose:

☐ Chesapeake Health Care

☐

Nombre de Proveedor/Médico _____

Calle _____

Estado _____

Código Postal _____

Teléfono _____

Propósito: ☐ Mis expedientes médicos personales

☐ Traslado a otro proveedor

☐ Compartiendo información con otro proveedor

☐ Otro _____

Fax _____

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

☐ Chesapeake Health Care

☐ Yo/Representante

☐ Dirección que está escrita arriba

☐ Otro _____

☐

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:

☐ Expedientes médicos

☐ Expedientes de salud mental

☐ Información de VIH

☐ Historia de vacunaciones

☐ Expedientes dentales

☐ Radiografías y otras imágenes

☐ Resultados de laboratorios

☐ Otro _____

4. Seleccione el método de entrega (Por favor marque la caja con un X)

☐ Portal del paciente

☐ Correo electrónico encriptado _____

(Dirección de su correo electrónico)

☐ Fax _____

(Número de fax)

☐ Oficina del Correo Nacional (Estados Unidos)

☐ Entrega al día siguiente certificada (cargo adicional)

5. Entiendo que la persona quien yo autorizo para usar/compartir mi información médica protegida puede recibir compensación por hacerlo. Entiendo que puedo rehusar a firmar esta autorización y que si lo hago, no afectará mi habilidad para obtener tratamiento u elegibilidad para beneficios y que yo puedo examinar o copiar alguna información usada o compartida debajo de esta autorización. 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. 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 protegidos 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)

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

Según las instrucciones del estado de Maryland, Chesapeake Health Care tiene 21 días hábiles para entregar/enviar sus expedientes médicos.

Firma del paciente (o representativo)

Nombre escrito en letra de molde del paciente (o representante)

Relación a paciente

Fecha

Firma de Testigo

Nombre escrito en letra de molde del 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 médicos y otros que están involucrados en su cuidado.

Para el Pago: Podríamos usar y revelar su información de la salud para facturar 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 su 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 este 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.

Voluntad Anticipada (Testamento Vital)

- Hoja de Información

¿Qué Debe Saber Usted Sobre La Voluntad Anticipada?

Todos tienen el derecho de tomar decisiones personales sobre su cuidado de salud. Los médicos piden si usted aceptará el tratamiento al discutir los riesgos y beneficios, ayudándole a decidir. ¿Pero qué pasa si usted ya no puede tomar sus propias decisiones? Alguien puede terminar herido o enfermo y ser incapaz de tomar decisiones sobre tratamientos médicos. La voluntad anticipada (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 planificar por necesidades futuras de cuidado de salud. Si bien nadie está obligado a tener la voluntad anticipada, es inteligente planear por adelantado y hacer un plan ahora. Si usted no tiene la voluntad anticipada y luego no puede hablar por usted, usualmente su familiar más cercano tomará decisiones sobre cuidado de salud para usted. Pero aún si quiere que su familiar más cercano tome las decisiones por usted, la voluntad anticipada puede facilitar las cosas para sus seres queridos y ayudar a prevenir malentendidos o problemas sobre su cuidado médico.

¿Qué puede hacer en la voluntad anticipada?

La voluntad anticipada le deja decidir quién quiere usted que tome decisiones sobre el cuidado de su salud si usted es incapaz de hacerlo por sí mismo. También puede usarlo para decir que tipo de tratamiento desea o no, 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 tomar 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 de otros poderes notariales, este 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 den el tipo de cuidado que usted desea, y que ellos no le den el tratamiento que vaya en contra de sus deseos. Escoja alguien que usted confía para tomar este tipo de decisiones serias y hable con esta persona para asegurar que él o ella entiende y está dispuesto a aceptar esta responsabilidad.
- 2. Instrucciones del Cuidado de Salud** – Usted puede informar a los proveedores qué tratamientos quiere tener o no tener. (A veces esto se llama un “documento de voluntad anticipada”, pero nada que ver con el testamento ordinario sobre propiedad). Ejemplos de los tipos de tratamiento sobre los 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 están acorde a sus metas, creencias y valores si usted está herido gravemente o enfermo.

¿Cómo prepara la voluntad anticipada?

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

Para asegurar que la voluntad anticipada es válida, tiene que firmarla en 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 esté notariado. Debe dar una copia de la voluntad anticipada a su médico, quien la pondrá en su expediente médico, y a otros en quién confía para tenerlo disponible cuando necesario. Copias son igualmente válidas como las originales.

También puede hacer la voluntad anticipada válida al hablar al médico en frente de un testigo.

¿Cuándo la voluntad anticipada surtirá efecto?

Usualmente, su voluntad anticipada surte efecto cuando su médico certifica por escrito que usted está incapaz de hacer decisiones sobre su cuidado. Si la voluntad anticipada contiene instrucciones sobre cuidado de salud, ella surtirá efecto dependiendo de su condición médica en ese momento. Si usted nombra un agente de cuidado de salud, debe ser claro en su voluntad anticipada cuando quiere que el agente sea capaz de tomar las decisiones por usted.

¿Puedo cambiar mi voluntad anticipada?

Si, usted puede cambiar o retirar la voluntad anticipada en cualquier momento. Lo más reciente se aplicará.

¿Dónde obtiene los formularios y más información sobre la voluntad anticipada?

Hay muchos lugares para obtener formularios, incluyendo organizaciones médicas, religiosas, legales y de asistencia de envejecimiento. Tres lugares están mostrados debajo, pero estos son ejemplos. Cualquier de estos formularios son válidos en Maryland pero no todos los formularios pueden que sean de sus creencias o valores. Su voluntad anticipada no tienen que ser en alguna forma en particular.

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)

Consulte www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/advancedirectives.aspx para obtener una copia del formulario de la voluntad anticipada, así como información adicional relacionada con la voluntad anticipada.