



Paquete de Pre-Registro Summerlin Birthplace

Bienvenidos a Summerlin Birthplace! Estamos felices en recibirlos a ustedes y su familia. Por favor sigue los pasos de pre-registro aqui abajo:

Instrucciones

- Por favor firma and data TODAS las formas incluidas en este paquete.
- Submite formas completadas con su seguro medico y ID a:
SummerlinHospitalRegistration@UHSINC.com
Todas las imagenes y documentos necesitan ser cargadas o escaneadas en formato PDF. No podemos aceptar otros formatos o fotos de documentos.
- Cuando nuestro equipo de admision completa su pre-registro, usted recibera un numero de confirmacion por correo electronico.

Registro en persona tambien esta disponible 24-horas al dia en nuestro Departamento de Admision, localizado al lado del Departamento de Emergencias. Por favor venga con su seguro medico y ID. Preguntas? Llama 702-233-7070.

Interesada en clases de parto, o recorridos de Summerlin Birthplace?

Por favor visita: SummerlinHospital.com/services/maternity



Centennial Hills Hospital • Henderson Hospital
Spring Valley Hospital • Summerlin Hospital • Valley Hospital
Valley Health Specialty Hospital (An extension of Spring Valley Hospital)
West Henderson Hospital

Summerlin Hospital

Congratulations on Your New Baby!

A new baby means you'll need to fill out many important forms. One of the most important is adding your baby to your health insurance plan. When you add baby to your plan, your insurance will start to pay for some of your baby's medical care. Here are some steps to help you.

When to Start

The sooner you get your baby added, the better! If you get healthcare insurance from your employer, most require you to add your baby to your plan within the first 30 days after birth. If you get healthcare insurance from the government (state or federal), they require you to add your baby within the first 60 days after birth.

How to Add Your Baby

Start by calling the number on your insurance card or by calling your employer's Human Resources Department. They can tell you what information they need from you.

Our Birth Registrar will help you fill out the Mother's Worksheet for Child's Birth Form. It includes these two documents:

- Birth Certificate
- Social Security Number Form

Note: If you have any questions or didn't receive these documents while in the hospital, please call the UHS Birth Registrar at: 702-233-7582

Finding a Doctor for Your Baby

The provider who cares for your baby during your hospital stay may only see newborns while they are in the hospital. Before you go home, you'll need to find a pediatrician (a doctor who cares for babies and children). Follow-up visits come quickly after birth (from two days to two weeks after you go home) so it's good to choose your baby's doctor right away.

To stay within the Valley Health System, call 702-388-4888 or visit <https://doctors.valleyhealthsystemlv.com> to find a VHS pediatrician who is right for you. Once you choose, please make an appointment.

If you do not have access to insurance, please call UHS's Financial Assistance partner, FirstSource: 702-233-7074 or 702-233-7076 to set up an appointment.

SUMMERLIN HOSPITAL MEDICAL CENTER

REGISTRACION DE MATERNIDAD

INFORMACION DE PACIENTE (escribe legible)

Nombre de paciente : _____ Fecha De Nacimiento: _____
Correo electronico: _____ Celular: _____
Direccion de casa: _____ Apartamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Seguro Social #: _____ Paiz de Nacimiento: _____ Idioma Principal: _____
Ethnicida: _____ Religion: _____
Estado Civil: ____ Casada ____ Soltera ____ Divorciada ____ Viuda Ocupacion: _____
Empleador: _____ Numero de Trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____
Direccion: _____ Numero: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

MATERNAL SUPCRITOR PRINCIPAL

Nombre de Persona: _____ Relacion al paciente: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
Empleadora: _____ Ocupacion: _____
Nombre de Aseguranza: _____ Numero de telefono de su aseguranza: _____
Numero de Polica: _____ Numero de Grupo: _____

MATERNAL SUPCRITOR SECONDARIO: (SI TIENE DOBLE ASEGURANZA)

Nombre de Persona: _____ Relacion al paciente: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
Empleadora: _____ Ocupacion: _____
Nombre de Aseguranza: _____ Numero de telefono de su aseguranza: _____
Numero de Polica: _____ Numero de Grupo: _____

PATERNAL/ESPOSO/ PADRE DEL BEBE ASEGURANZA INFORMACION:

Nombre de Persona: _____ Relacion al Bebe: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
Empleadora: _____ Ocupacion: _____
Nombre de Aseguranza: _____ Numero de telefono de su aseguranza: _____
Numero de Polica: _____ Numero de Grupo: _____

Ginecologo: _____ Medico Primario: _____
Ultimo Periodo Menstrual: _____ Fecha de Parto: _____
Fecha de Induccion/Cesarea: _____

**Condiciones de admisión/inscripción
Autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera**

Como la persona que recibirá servicios en Summerlin Hospital Medical Center LLC d/b/a Summerlin Hospital Medical Center (el "Hospital"), o el padre/la madre/el tutor de la persona mencionada a continuación como paciente, acepto los siguientes términos y condiciones de estas Condiciones de admisión/inscripción – Acuerdo de autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera (el "Acuerdo"). Según corresponda, acepto también que los términos y las condiciones de este Acuerdo se aplican a todo bebé recién nacido que yo dé a luz durante mi estancia como paciente en el Hospital.

1. **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS:** Acepto los procedimientos médicos y quirúrgicos que podrían realizarse durante esta hospitalización, o bajo la modalidad ambulatoria y que incluyen servicios o tratamientos de emergencia. Estos servicios y procedimientos podrán incluir, a modo de ejemplo, pruebas de laboratorio, radiografías, estudios auditivos de recién nacidos, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios hospitalarios brindados en función de las instrucciones generales y especiales de un médico. Este consentimiento general no se aplica a ningún procedimiento que requiera un consentimiento informado.
2. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo al Hospital, a los médicos y a otros proveedores con licencia que presten estos servicios a divulgar mi Información médica protegida (Protected Health Information, "PHI") conforme ese término se define en la ley federal denominada "HIPAA" para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica a terceros, como compañías de seguros, planes de salud (incluso programas de salud gubernamentales como Medicare y Medicaid), o compañías de seguro de compensación del trabajador que puedan ser responsables del pago de los servicios ("Terceros Pagadores"). La PHI revelada podría incluir información acerca de mi tratamiento, atención médica, historia clínica, información sobre facturación y otra información recibida u obtenida por el Hospital y mantenida de cualquier forma, lo cual incluye información escrita, oral o en formato electrónico.

Si se le solicita, el Hospital describirá mi enfermedad a las personas que lo requieran, o al público, utilizando uno de los siguientes términos: no determinada, buena, regular, grave o crítica. Si no deseo que esta información sea divulgada, puedo presentar un pedido, formulado por escrito, para que no se dé a conocer información sobre mi enfermedad. Entiendo que puedo solicitar un formulario por separado para realizar este cambio.

3. **PROVEEDORES NO EMPLEADOS DEL HOSPITAL:** Entiendo que los médicos que me prestan servicios, que incluyen a los médicos que trabajan en el Hospital, tales como radiólogos, patólogos, médicos de departamentos de emergencias y anestesiólogos ("Médicos que trabajan en el Hospital") pueden ser contratistas independientes y como tales, no son empleados ni agentes del Hospital.
4. **FACTURACIÓN DEL HOSPITAL, LOS MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES:** Entiendo que cada médico, grupo médico u otro profesional que me brinde servicios profesionales mientras me encuentre en el Hospital, lo cual incluye a Médicos que trabajan en el Hospital, facturarán y cobrarán sus servicios profesionales en forma independiente del Hospital. A efectos de la cesión de beneficios y el acuerdo de pago de servicios, el presente Acuerdo se aplica a los servicios brindados por los médicos y profesionales, como así también los del Hospital. Entiendo, asimismo, que tengo derecho a solicitar una

Page 1 of 5



CO0058

**COA/Reg
Treatment
Authorization
and Financial
Responsibility**

UHS-9018S
Rev. 11/2025

Patient Identification

DOB:
MRN:

SX:

**Condiciones de admisión/inscripción
Autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera**

explicación del proceso de facturación del Hospital y una lista de los cargos que cobra el Hospital por todo servicio que yo pudiera recibir.

5. **LA ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID PLANES:** Puedo asignar cualquier y todos los seguros beneficios pagaderos a mí al Hospital. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados en el Hospital, incluyendo excluidos los servicios de mi seguro porque el plan considera que esos servicios no es médicamente necesario, o por cualquier otra razón, incluyendo pre-requisitos de certificación, segundas opiniones o condiciones preexistentes. En caso de que la cuenta sea referido a cualquier abogado o agencia de cobranza para la colección, entiendo que seré responsable de abogado o gastos de recaudación. Doy permiso a mi seguro médico(s), incluyendo Medicare y Medicaid pague directamente este Hospital para mi cuidado en lugar de pagar a mí. Entiendo que yo soy responsable de cualquier seguro de salud deducibles y co-seguros y servicios no cubiertos. Además yo ceder mis derechos a este Hospital, y queda nombrar a este Hospital como mi representante personal, (i) enviar solicitudes para el pago de los servicios y el trato que me prestaron a pagadores, incluyendo pero no limitado a Medicare y Medicaid, y además asignar mis derechos a/para el pago de los servicios y el trato que me prestaron, y (ii) las apelaciones contra cualquier y todas las negaciones de la cobertura, sin limitación, al Hospital.
6. **PANES DE SALUD (HMO Y PPO):** Entiendo que soy responsable de proporcionar al Hospital el nombre y los datos del consultorio de mi médico de atención primaria. Entiendo que es posible que algunos Planes de salud no cubran completamente los servicios si el Hospital y/o sus médicos y profesionales afiliados no son proveedores participantes de mi Plan de salud, lo cual puede generarme mayores costos. También entiendo que algunos Planes de salud podrán evaluar las visitas a la sala de emergencias y los servicios, después de que hayan sido prestados, a fin de determinar si estas visitas reúnen los requisitos para ser consideradas emergencias. Si el Plan de salud determina que la visita no constituía una emergencia, es posible que yo deba asumir la responsabilidad por todos los cargos del Hospital y los honorarios médicos vinculados con esa visita. Acepto pagar dichos servicios de conformidad con los términos del presente Acuerdo.
7. **SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA LAS FACTURAS MÉDICAS INESPERADAS:** Si recibe atención médica de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, usted cuenta con protección contra las facturas inesperadas y la "facturación de saldos". Según la ley federal y la ley de Nevada, usted es solo responsable de pagar la porción de los costos (como los copagos, coseguros y deducibles) que le correspondería pagar si el proveedor o centro médico estuvieran dentro de la red, salvo que se le informe debidamente y usted preste consentimiento para que se le facturen tarifas fuera de la red por servicios que no requieren atención de emergencia. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología y los que brinde el auxiliar de cirugía, hospitalista o intensivista. Los proveedores fuera de la red no pueden cobrarle una factura por la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total que se cobra por un servicio, ni tampoco pueden solicitarle que renuncie a sus protecciones contra la "facturación de saldos".



CO0058

**COA/Reg
Treatment
Authorization
and Financial
Responsibility**

UHS-9018S
Rev. 11/2025

Patient Identification

DOB:
MRN:

SX:

Condiciones de admisión/inscripción
Autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera

8. **CESIÓN DE BENEFICIOS:** Autorizo el pago directo al Hospital, a los Médicos que trabajan en el Hospital y a otros profesionales que participen en mi atención y tratamiento, de todos los beneficios de seguro que corresponda pagarme a mí o a un tercero en mi nombre, por servicios brindados durante el período de hospitalización o para servicios para pacientes ambulatorios o servicios de emergencia, si corresponde. Entiendo que deberé asumir la responsabilidad financiera por cualquier gasto no cubierto.
9. **ACUERDO FINANCIERO:** Acepto, independientemente de que firme como padre/madre, garante, agente o paciente, que en contraprestación por los servicios que me brinde el Hospital, pagaré a la brevedad todas las facturas del Hospital de conformidad con los cargos estándares que aplique el Hospital por tales servicios y, si corresponde, con las políticas de atención de beneficencia y pagos con descuento, y de conformidad con las leyes estatales y federales pertinentes. En el caso en que mi cuenta se remita a una agencia de cobro o a un abogado por falta de pago, pagaré los honorarios de los abogados y los gastos del cobro propiamente dichos. Entiendo que a todas las cuentas que se encuentren en mora podrán aplicárseles intereses a las tasas establecidas por ley.

Declaro que la información que he proporcionado es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación, incluida la calificación de las agencias crediticias, y a análisis por parte de organismos federales y/o estatales y otras entidades según fuera necesario. Autorizo a mi empleador a proporcionar al hospital prueba de mis ingresos en caso de ser solicitada. Comprendo que si la información que he proporcionado no es verdadera, el hospital podría evaluar nuevamente mi situación financiera y tomar cualquier medida que resulte pertinente y/o necesaria.

10. **ATENCIÓN DE BENEFICENCIA Y PAGOS CON DESCUENTO:** Si usted no cuenta con un seguro de salud, es posible que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera. Si cree que puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera que le ayude a pagar las facturas del Hospital, llame a:

Asesor financiero del hospital: (702) 233-7668 o

Oficina central de facturación: (702) 894-5700

11. **AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES O LLAMADAS AUTOMÁTICAS:** Al compartir mi número de teléfono o dirección de correo electrónico durante el proceso de inscripción, o en cualquier momento futuro, declaro que soy el usuario del número de teléfono y de la dirección de correo electrónico compartidos, y autorizo expresamente al Hospital, y a sus representantes y/o a otras partes autorizadas a actuar en su nombre, incluidos, entre otros, cobradores de deudas, u otras personas que llamen en relación con mi visita al hospital, a comunicarse conmigo y dejar mensajes de voz, enviar mensajes de texto o comunicaciones por correo electrónico a los números de teléfono o a las direcciones de correo electrónico compartidos mediante diversos medios, incluidos sistemas de voz artificial o pregrabada, o de marcación telefónica automática. Entiendo que estas llamadas, mensajes de texto y comunicaciones por correo electrónico serán sobre mi atención y tratamiento, incluidos mi visita al hospital, mi cuenta, mi elegibilidad para participar en programas del gobierno o en programas de atención benéfica, o los importes de dinero que pueda adeudar.

Page 3 of 5



CO0058

**COA/Reg
Treatment
Authorization
and Financial
Responsibility**

UHS-0018S
Rev. 11/2025

Patient Identification

DOB:
MRN:

SX:

Condiciones de admisión/inscripción
Autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera

Entiendo que se pueden aplicar cargos estándar por llamadas y mensajes de texto, y que la frecuencia de las llamadas y de los mensajes de texto puede variar. Además, entiendo que puedo optar por no recibir mensajes de texto, mensajes de voz artificial o pregrabada, ni llamadas de marcación automática en cualquier momento escribiendo al Hospital a: 657 Town Center Drive, Las Vegas, NV 89144, llamando al (702) 233-7000, o respondiendo "STOP" a los mensajes de texto, o que puedo restringir los mensajes a un número de teléfono o a una dirección de correo electrónico específicos si solicito que solamente se use un número o una dirección de correo electrónico designados para estos fines.

- 12. CERTIFICACIÓN MEDICARE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE PAGO Y SOLICITUD DE PAGO:** Yo certifico que toda la información que proporcioné al solicitar pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Medicare) es correcta. Si corresponde, autorizo al Hospital, a los Médicos que trabajan en el Hospital o a cualquier otro proveedor de atención médica que tengan información médica o de otra naturaleza sobre mi persona a divulgar toda información necesaria para este reclamo u otra reclamación de Medicare relacionada a la Administración de Seguridad Social o sus intermediarios o aseguradoras. Solicito que se efectúe el pago de los beneficios autorizados en mi nombre.
- 13. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA GENERAL:** Entiendo que el Hospital brinda solamente atención de enfermería general, salvo que mi médico indique que se proporcionen cuidados de enfermería más intensivos. Entiendo que, si mi enfermedad requiere los servicios de un profesional de enfermería especializada, debo coordinarlos o solicitar que mi representante legal los coordine. El Hospital no es responsable de brindar los servicios de un profesional de enfermería especializada ni de pagar dichos servicios.
- 14. EFECTOS PERSONALES:** Entiendo que el Hospital cuenta con una caja de seguridad para dinero y otros objetos de valor, y que el Hospital no tendrá responsabilidad alguna por la pérdida de mis efectos personales, salvo que se hubieran entregado al Hospital para su custodia. Entiendo que soy responsable de todos mis efectos personales que no hayan sido depositados en la caja de seguridad, lo cual incluye, a modo de ejemplo, artículos de higiene personal, joyas, teléfonos celulares, tabletas, otros dispositivos electrónicos, ropa, documentos, medicamentos, anteojos, dispositivos auditivos, dentaduras y otras prótesis.
- 15. ASUNCIÓN DE RIESGOS:** Si me retiro del Hospital antes de recibir el alta de mi médico, o si no sigo las instrucciones de mi médico o de otros profesionales de atención médica, acepto asumir toda la responsabilidad por cualquier tipo de lesiones o daños que sufra, y acepto también eximir de toda responsabilidad y mantener indemnes a los médicos, sus agentes, el Hospital, sus empleados o agentes frente a cualquier responsabilidad, demanda o juicio por daños relacionados con cualquier complicación vinculada con tales acciones.
- 16. FOTOGRAFÍA, VÍDEO Y AUDIO PARA PROPÓSITOS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO O FORMACIÓN EDUCATIVA:** Comprendo que podrían obtenerse fotografías o vídeos de mi estado de salud o tratamiento médico/quirúrgico. Comprendo que las fotografías o vídeos podrían usarse para fines de diagnóstico o tratamiento de mi persona o para la formación educativa que lleva a cabo el Hospital. Si se toman fotografías para propósitos de diagnóstico o tratamiento, se las conservará como parte de mi expediente

Page 4 of 5



CO0058

**COA/Reg
Treatment
Authorization
and Financial
Responsibility**

UHS-9018S
Rev. 11/2025

Patient Identification

DOB:
MRN:

SX:

**Condiciones de admisión/inscripción
Autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera**

médico. El personal médico u otros proveedores acreditados podrían realizar grabaciones de audio de mis sesiones de diagnóstico y tratamiento para el registro de datos, la elaboración de la historia clínica y otros fines relacionados con el tratamiento. Acepto que se generen y empleen grabaciones de audio de mis sesiones de diagnóstico y tratamiento para estos fines.

- 17. PROHIBICIÓN DE FUMAR EN EL CAMPUS:** Entiendo que no se permite fumar en el campus del Hospital, salvo en las áreas designadas, y me comprometo a cumplir con esta prohibición.
- 18. RECLAMACIONES:** Entiendo que tengo derecho a presentar cualquier inquietud que pueda tener sobre mi atención y tratamiento ante la administración del Hospital.
- 19. Recopilación de Datos para Investigación:** Por el presente, el abajo firmante autoriza al Hospital a usar los datos (o tejidos humanos) del paciente por categorías para que estén disponibles para su uso potencial en estudios de investigación. En caso de que se desee utilizar la información del paciente para un estudio de investigación, se le podría solicitar al paciente que firme una autorización adicional en dicho momento.
- 20. USO DE SISTEMAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL:** Para facilitar la prestación de la atención, el Hospital, el personal médico y otros proveedores acreditados podrían utilizar sistemas y herramientas de inteligencia artificial en relación con los tratamientos médicos y/o servicios relacionados que yo como paciente pueda recibir en el Hospital. He sido notificado de la posibilidad de que se utilicen dichos sistemas y herramientas de inteligencia artificial mientras reciba tratamiento y servicios en el Hospital, y me han informado de que es posible que interactúe con tales sistemas y herramientas durante mi estancia en el Hospital. Acepto el uso de dichas herramientas y sistemas de inteligencia artificial para estos fines.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia de la “Declaración de derechos del paciente” y las “Responsabilidades del paciente”; también he leído atentamente y he comprendido en su totalidad el presente Acuerdo, y he recibido una copia para adjuntar a mis registros en caso de haberla solicitado. Acepto sus términos y estoy autorizado a firmar este Acuerdo. La prestación de servicios por parte del Hospital no depende de su firma de este formulario de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE, MADRE O TUTOR FECHA / EL TIEMPO

SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE, INDICAR VÍNCULO CON ESTE FECHA / EL TIEMPO

MOTIVO POR EL CUAL EL PACIENTE NO PUDO FIRMAR FECHA / EL TIEMPO



CO0058

COA/Reg
Treatment
Authorization
and Financial
Responsibility

UHS-9018S
Rev. 11/2025

Patient Identification

DOB:
MRN:

SX:

PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES ADDENDUM

You have a right to consent to receive the visitors whom you designate, including, but not limited to a spouse, a domestic partner (including a same-sex domestic partner), another family member, or a friend, and you shall have the right to withdraw or deny such consent at any time.

Before you are furnished patient care, if possible, you also have the right to designate a Support Person who can exercise your visitation rights in the event you are incapacitated or otherwise unable to do so. See below.

Patient Visitation rights shall not be restricted, limited or otherwise denied by the hospital on the basis of race, color, national origin, religion, sex, gender identity, sexual orientation, or disability.

All visitors shall enjoy full and equal privileges consistent with your preferences. The Hospital may impose clinically appropriate limitations on patient visitation when visitation would interfere with your care whether the reason for limiting or restriction visitation is infection control, disruptive behavior of visitors, or you or your roommates need for rest or privacy.

Patient Visitation Rights:

In the event I am incapacitated or otherwise unable to exercise my patient visitation rights, I designate the following individual as my Support Person:

Support Person Name (Print)

OR

I decline to designate a Support Person under patient visitation rights at this time. I understand I can change this decision at any time by notifying nursing or registration staff.

Patient Signature _____

Date _____

Time

☐ Unable to assign a designee due to medical condition.

Witness Signature

Date _____

Time



CO1053



**PATIENT RIGHTS AND
RESPONSIBILITIES
ADDENDUM**
(PMM# 9002) (R 5/11) (FOD)

PATIENT IDENTIFICATION

DOB:
MRN:

SX:

Summerlin Hospital Medical Center
Admitting Department

Date of Service/ Fecha: _____

Patient Account/ Numero de Cuenta: See Below

This is to confirm that I have had returned to me, all insurance cards and/or ID, by the Patient Service Representative during my registration/admission on the above stated date.

Por medio de la presente confirmo que se me han regresado, todas las tarjetas de seguro medico y/o de identificacion de parte de el representante al paciente durante mi registro/internacion en la fecha arriba indicada.

Signature- Patient/ Representative/ Legal Guardian
Firma del Paciente/ Representante/ Guardian Legal

Date
Fecha

Patient Service Representative

Date

_____ Patient Unable to sign
PSR initials

Attach Patient Label

**CommonWell Health Alliance
Health Information Exchange
Formulario de solicitud de inclusión/exclusión**



El objeto de este Aviso es Informarle que Summerlin Hospital Medical Center participa en CommonWell Health Alliance Health Information Exchange. CommonWell es una red nacional de uso compartido de datos que facilita el intercambio electrónico de Información Médica Protegida (Protected Healthcare Information, PHI) individual entre proveedores de atención médica participantes de CommonWell a fin de coordinar servicios de atención médica eficaces.

La participación en CommonWell Health Alliance Health Information Exchange es voluntaria. Usted tiene derecho a decidir si desea ser incluido o excluido de este sistema de intercambio de información médica.

- Si usted opta hoy por ser incluido, puede solicitar su exclusión en el futuro. En dicho caso, no se exigirá que el/los proveedor(es) que ya haya(n) recibido su PHI la restituyan, pero no se compartirá ningún dato nuevo a través del sistema de intercambio.
- Si hoy opta por ser excluido, puede solicitar su inclusión en el futuro. Al optar por ser incluido, los proveedores de atención médica que forman parte del sistema podrán ver la PHI que se haya recopilado durante el período de exclusión.
- Si opta por ser excluido, cada uno de sus proveedores de atención médica deberá solicitar una copia de sus registros por otros medios.
- Si opta por la exclusión, no se le negará el tratamiento ni será sancionado de ningún otro modo.

INCLUSIÓN: Deseo que mi información médica se comparta a través de CommonWell Health Alliance Health Information Exchange. Entiendo que mis proveedores de atención médica podrán ver información anterior y actual sobre mi salud.

Paciente/Representante Autorizado

Fecha/hora

Parentesco, en caso de no ser paciente

Fecha/hora

Testigo

Fecha/hora

EXCLUSIÓN: No deseo que mi información médica personal se comparta a través de CommonWell Health Alliance Health Information Exchange y, por el presente, ejerzo mi derecho a excluirme de ese sistema de intercambio.

Paciente/Representante Autorizado

Fecha/hora

Parentesco, en caso de no ser paciente

Fecha/hora

Testigo

Fecha/hora



CL0005

CommonWell Health Alliance
Health Information Exchange
Opt-In/Opt-Out Request Form
HIEOPTIN

Patient Identification

DOB:
MRN:

SX:



Sólo Para Uso Interno: MRN _____

Formulario de Consentimiento del Paciente para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual



CL0005

DOB:
MRN:

SX:

Los pacientes de Nevada de Medicaid por favor lean: La ley de Nevada exige que "una persona que es un beneficiario de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede elegir que su información personal identificable de salud sea revelada por vía electrónica" (NRS 439.539). Cuando un paciente ya no es un beneficiario de Medicaid, es responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento, si es que decide hacerlo. Por favor firme abajo para indicar que está enterado.

Opciones de Consentimiento: (MARQUE UNA) Los pacientes de Nevada de Medicaid están exentos de hacer una selección.

Su decisión de dar o negar su consentimiento no puede ser base para la negación de servicios de salud.

☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) a fin de proveerme cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.

☐ **CONSIENTO SOLAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA** que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) **SÓLO** en el caso de una emergencia médica.

☐ **NO CONSIENTO** que ninguno de los participantes de HIE accedan a **NINGUNA** de mi información médica electrónica, **INCLUSO** en caso de una emergencia médica.

Firma del representante del paciente o autorizado

Fecha Hora

Si firmó este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en esta forma de "yo" o "mi" se refieren al paciente.

Nombre del representante autorizado (Impreso)

Relación

Fecha Hora

Dirección del representante autorizado que firma este formulario (con letra de imprenta):

Número de teléfono del representante autorizado

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Nombre de la Organización: _____ Nombre del Testigo: _____

Como testigo de este Consentimiento, doy fe de que conozco al que firma arriba, o que se ha identificado con un documento con foto, tarjeta de seguro, o cualquier otra prueba de identidad generalmente aceptada por el área de salud.

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE:

Version Date: 2/16/2026

Patient Name:
Account Number:
Medical Record Number:
Date of Service:

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad del hospital.

Firma

Fecha / Hora

El Representante Autorizado del Paciente

Relación con el Paciente

Fecha / Hora

Firma de Testigo

Fecha / Hora



CL0041

**Receipt
of Notice of
Privacy
Practices
Form**

UHS-9031S
(02/2026)

Patient Identification

DOB:
MRN:

SX:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En este Aviso se incluyen descripciones sobre cómo se puede usar y divulgar su información médica, sus derechos con respecto a su información médica, incluido cómo puede acceder a dicha información y cómo presentar una queja por una violación de la privacidad o la seguridad de esta información o de sus derechos en relación con su información.

Tiene derecho a recibir una copia de este Aviso (en papel o formato electrónico) y a hablar al respecto con nuestro responsable de privacidad llamando al 1-800-852-3449 o enviando un correo electrónico a privacy@uhsinc.com si tiene preguntas.

Lea este Aviso detenidamente.

NUESTRO COMPROMISO CON LA PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Como parte de nuestra promesa de proporcionarle atención médica de calidad superior, nos esforzamos por proteger la privacidad y la seguridad de su información médica. Su información médica incluye información personal y el tratamiento que recibe en nuestro centro, además de información relacionada con pagos que recibimos por su tratamiento. Su información médica puede estar en varios formatos, como registros en papel y electrónicos, y puede incluir fotografías, videos y otras transmisiones o grabaciones electrónicas que se generen como parte de su tratamiento.

En este Aviso de prácticas de privacidad (Aviso) se le proporciona información sobre cómo las leyes federales y estatales nos exigen o permiten usar o divulgar su información médica. En los casos en los que las leyes federales y estatales sean diferentes, seguiremos la ley que establezca mayor protección para su información médica o le proporcione más acceso a su información. Por ejemplo, mientras que la ley federal protege toda la información médica, hay leyes y normativas federales específicas que exigen protecciones adicionales para la información médica de pacientes relacionada con el diagnóstico, el tratamiento o la remisión a un tratamiento en programas de atención médica que atienden pacientes con trastornos por consumo de sustancias. En este Aviso, explicaremos cómo la ley federal protege su información médica y también cuándo se pueden aplicar protecciones adicionales para la información médica sobre trastornos por consumo de sustancias.

NUESTRO CUMPLIMIENTO CON LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Los miembros del personal de nuestro centro seguirán las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, incluidos nuestros empleados, proveedores de atención médica contratados, voluntarios, estudiantes de ciencias de la salud y residentes. Los proveedores de atención médica que sean miembros de nuestro personal médico también pueden seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso si han optado por acatar estos términos. Si un miembro del personal médico ha optado por no acatar los términos de este Aviso, le proporcionarán una copia de su propio Aviso de prácticas de privacidad.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad periódicamente según lo permita o exija la ley. Estos cambios pueden tener efectos en su información médica, incluida la información médica sobre trastornos por consumo de sustancia, que hayamos creado o recibido antes del cambio en nuestra práctica. Si hacemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, revisaremos este Aviso y le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso revisado en su próxima cita o ingreso (o tan pronto como sea posible después) en nuestro centro. También puede encontrar nuestro Aviso más reciente publicado en nuestro centro y en nuestro sitio web, y usted tiene derecho a pedir una copia en papel o electrónica del Aviso en cualquier momento. Excepto en los casos en que la ley lo exija, no se implementarán cambios significativos a nuestras prácticas de privacidad antes de la fecha de entrada en vigencia del Aviso revisado.

La fecha de entrada en vigencia de este Aviso es el 16 de febrero de 2026.

CÓMO SE PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

La legislación federal nos permite usar su información médica dentro de nuestro centro y compartirla con personas ajenas a nuestro centro para diversos fines descritos en este Aviso. Algunos usos y divulgaciones son obligatorios, algunos están autorizados y otros se pueden hacer solo con su autorización.

- **Divulgaciones obligatorias:** la ley exige algunos usos y divulgaciones de su información médica. En los casos en los que la ley exige el uso o la divulgación de su información médica, cumpliremos con la ley. No necesitamos su autorización para usar o divulgar su información médica si la ley exige el uso o la divulgación de dicha información.
- **Divulgaciones autorizadas:** la ley autoriza algunos usos y divulgaciones de su información médica, lo que significa que no tenemos la obligación de usar ni divulgar su información con el fin autorizado, pero podemos usar y divulgar su información médica con ese fin si lo necesitamos. No necesitamos su autorización para usar y divulgar su información médica si la ley exige el uso y la divulgación de dicha información.
- **Divulgaciones que requieren autorización:** algunos usos y divulgaciones de su información médica solo se permiten si hemos recibido su autorización para usar y divulgar su información médica con ese fin. Si es necesario su permiso, debemos solicitar una autorización por escrito a usted o su representante personal antes de que podamos usar y divulgar su información médica con ese fin.

DIVULGACIONES OBLIGATORIAS

Divulgaremos su información médica, incluida información médica de trastornos por consumo de sustancias, en los casos en los que la ley federal o estatal lo exijan. Por ejemplo, quizás debamos informar casos de abuso, abandono y violencia doméstica, o que un paciente tiene una determinada enfermedad transmisible.

DIVULGACIONES AUTORIZADAS

En la mayoría de los casos, la ley permite nuestro uso y divulgación de su información médica (excepto su información médica sobre trastornos por consumo de sustancias, a menos que se indique lo contrario específicamente a continuación) y no necesitamos su autorización. La ley nos permite usar y divulgar su información médica con los siguientes fines:

•**Tratamiento.** Usaremos y divulgaremos su información médica para proporcionarle tratamiento en nuestro centro. Nuestros médicos, enfermeros, terapeutas, técnicos, estudiantes de enfermería y medicina y miembros del personal auxiliar necesitan su información médica para brindarle atención. Por ejemplo, si analizamos su sangre en nuestro laboratorio, nuestro técnico de laboratorio necesitará compartir los resultados de la prueba con su médico para que este pueda realizar un diagnóstico. Es posible que también necesitemos divulgar su información a médicos y personas ajenas a nuestro centro. Por ejemplo, su médico puede necesitar compartir su información médica con un enfermero de atención médica domiciliaria para que se le pueda seguir brindando atención una vez que se vaya de nuestro centro, o quizás debamos compartir su información médica con su farmacia para que pueda recibir los medicamentos que se le hayan recetado. Si hemos recibido su información médica por trastornos de consumo de sustancias de su proveedor de atención médica que lo atendió por este tema, podemos usar y divulgar esta información con fines terapéuticos sin pedir autorización a usted siempre y cuando nuestro uso y divulgación de su información cumpla con las otras leyes de privacidad de atención médica federales y estatales, excepto para usos y divulgaciones en procesos judiciales civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra. Si somos

su proveedor de atención médica de trastornos por consumo de sustancias, necesitamos su autorización antes de que podamos usar y divulgar su información médica de trastorno por consumo de sustancias con fines terapéuticos como se describe a continuación.

•**Pagos.** Es posible que debamos usar y divulgar su información médica para que su seguro médico o un tercero pueda pagar el tratamiento que recibió en nuestro centro. Por ejemplo, su seguro puede necesitar su información médica para determinar si su plan de salud cubre el tratamiento que necesita o cuánto podrían ser sus gastos de bolsillo. También es posible que debamos divulgar su información médica a una agencia de cobros si no se ha pagado una factura por un tratamiento que recibió en nuestro centro. Si hemos recibido su información médica por trastornos de consumo de sustancias de su proveedor de atención médica que lo atendió por este tema, podemos usar y divulgar esta información en temas de pagos sin pedir autorización a usted siempre y cuando nuestro uso y divulgación de su información cumpla con las otras leyes de privacidad de atención médica federales y estatales, excepto para usos y divulgaciones en procesos judiciales civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra. Si somos su proveedor de atención médica de trastornos por consumo de sustancias, necesitamos su autorización antes de que podamos usar y divulgar su información médica de trastornos por consumo de sustancias para hacer pagos como se describe a continuación.

•**Operaciones de atención médica.** Necesitamos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Estos tipos de usos y divulgaciones nos permiten hacer nuestras operaciones comerciales y proporcionarle atención de calidad superior. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información médica para revisar la efectividad de su tratamiento. También podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestros miembros del personal e instruirlos sobre problemas médicos pertinentes. Si hemos recibido su información médica de trastornos de consumo de sustancias de su proveedor de atención médica que lo atendió por este tema, podemos usar y divulgar esta información para hacer operaciones de atención médica sin pedir autorización a usted siempre y cuando nuestro uso y divulgación de su información cumpla con las otras leyes de privacidad de atención médica federales y estatales, excepto para usos y divulgaciones en procesos judiciales civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra. Si somos su proveedor de atención médica por trastornos por consumo de sustancias, necesitamos su autorización antes de que podamos usar y divulgar su información médica de trastorno por consumo de sustancias para hacer las operaciones de atención médica como se describe a continuación.

•**Emergencias médicas.** Podemos usar y, de ser necesario, divulgar su información médica, inclusive información médica de trastornos por consumo de sustancias, a otros miembros del personal médico en la medida necesaria para darle tratamiento en una situación de emergencia médica. Si no nos ha dado permiso previamente para divulgar su información médica de trastornos por consumo de sustancias al personal médico que lo atienda durante la emergencia, solicitaremos que no usen ni divulguen esa información.

•**Personas que participan en su tratamiento o en el pago de su tratamiento.** A menos que nos indique lo contrario, o una ley federal o estatal específica prohíba dicha divulgación, podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar que participe en su tratamiento o que esté ayudando con el pago de su tratamiento.

•**Socios comerciales/organizaciones de servicios calificadas.** Es posible que divulguemos su información médica, inclusive su información médica de trastornos por consumo de sustancias, a diversos proveedores y contratistas que necesiten esa información para proporcionar servicios en nuestro nombre en relación con su tratamiento, pagos por tratamientos y nuestras operaciones de atención médica. Estos proveedores y contratistas en general se conocen como socios comerciales o, si tienen acceso a información médica de trastornos por consumo de sustancias, en general se conocen como organizaciones de servicios calificadas. Los socios comerciales y las organizaciones de servicios calificadas tienen la obligación por ley y de acuerdo con un contrato que han celebrado con nosotros de proteger la privacidad y la seguridad de su información médica y su información médica de trastornos por consumo de sustancias.

•**Para comunicarnos con usted en relación con su atención médica.** Es posible que usemos y divulguemos su información médica para comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos llamarlo para recordarle que tiene una cita próximamente, para proporcionarle información relacionada con pruebas o tratamientos que recibió en nuestro centro o para informarle sobre alternativas de tratamientos y otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podemos ofrecerle. Podemos comunicarnos con usted por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto. Nos comunicaremos de acuerdo con la ley, que puede exigir su consentimiento antes de que nos comuniquemos con usted.

•**Directorios de pacientes.** Nuestro centro puede incluir información médica limitada sobre usted para nuestro directorio de pacientes, como su nombre, ubicación dentro de nuestro centro y su condición general (por ejemplo, buena, moderada, grave, crítica, reservada). Proporcionamos esta información solo a personas que preguntan por usted por su nombre. Estas divulgaciones permiten a sus familiares y amigos, u otros, como floristas que tienen entregas para usted, saber en qué lugar del hospital encontrarlo y cómo está. Si no quiere que se incluya su información en el directorio de pacientes, puede notificar a nuestro Departamento de Ingresos y no compartiremos esta información. No compartimos esta información si está recibiendo tratamiento en nuestro centro por un trastorno por consumo de sustancias o si una ley estatal prohíbe la divulgación.

•**Intercambio de información médica.** Podemos hacer intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés) una o más veces a los fines de facilitar el intercambio seguro de su información médica entre otras entidades de atención médica con fines terapéuticos, para hacer pagos y operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar la información médica disponible sobre usted en un HIE para ayudarnos a entender mejor su historial médico con el fin de que podamos proporcionarle el tratamiento más adecuado para su afección. Esto también puede evitar pruebas y tratamientos innecesarios. También podemos divulgar la información que tenemos sobre usted en el HIE para permitir que otros proveedores de atención médica hagan lo mismo. Si no desea permitir a sus otros proveedores de atención médica ver la información médica que hemos generado sobre usted, puede elegir no participar en el HIE informando por escrito a nuestro responsable de privacidad su deseo de no participar en el HIE.

•**Litigios, citaciones y órdenes judiciales.** Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, petición de exhibición de pruebas y otros procesos legales. En algunos casos, la ley también nos permite divulgar su información médica de trastornos por consumo de sustancias si se nos han proporcionado la citación y la orden judicial correspondientes o en casos en los que usted haya aceptado dicha divulgación como condición de un proceso judicial penal en el que esté involucrado. Con la orden correspondiente, un tribunal también puede exigirnos divulgar comunicaciones confidenciales en que usted haya participado como parte de su diagnóstico, tratamiento o remisión a tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias si es necesario para proteger a una persona contra lesiones corporales graves, abuso y abandono infantil.

•**Asuntos policiales.** Podemos divulgar información médica limitada sobre usted cuando la soliciten miembros del personal policial. Por ejemplo, la policía nos puede pedir que le proporcionemos su información médica para poder encontrar a un sospechoso de cometer un delito, fugitivo, testigo esencial o la víctima de un delito, o para denunciar una herida de arma de fuego o una muerte sospechosa. También podemos compartir su información médica con la policía, incluida la información médica relacionada con un trastorno de consumo de sustancias, en casos en donde debamos denunciar que se ha producido un delito en nuestro centro o contra uno de los miembros de nuestro personal.

•**Instituciones correccionales.** Podemos divulgar su información médica a instituciones correccionales y autoridades policiales si usted es un recluso y la divulgación es necesaria para su tratamiento continuado o para proteger la salud o la seguridad de otros.

•**Miembros de las fuerzas armadas y veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos, en circunstancias limitadas, compartir su información médica con su comandante militar y diversos organismos gubernamentales que supervisan a las fuerzas armadas.

•**Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos compartir su información médica con autoridades federales autorizadas para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proporcionar servicios de protección al presidente y a jefes de Estado extranjeros.

•**Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica a las personas correspondientes, incluidas autoridades policiales, para evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona o el público. En ciertas circunstancias, la legislación estatal puede exigir dicha divulgación.

•**Donaciones de órganos y tejidos.** Podemos divulgar su información médica a organizaciones con el fin de hacer donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y ojos.

•**Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos usar y divulgar su información médica a un forense o médico forense para ayudar a confirmar su identidad o causa de muerte. También podemos divulgar su información médica al director de una funeraria si es necesario para organizar el funeral.

•**Salud y seguridad públicas.** Podemos divulgar información médica por motivos de salud y seguridad públicas. Por ejemplo, es posible que debamos divulgar su información médica si usted es una víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. También podemos divulgar su información médica de acuerdo con los requisitos de la legislación estatal, como informar nacimientos, fallecimientos y reacciones a ciertos medicamentos, o en una emergencia o con el fin de brindar ayuda en casos de desastres. Además, podemos divulgar su información para ayudar a controlar la propagación de una enfermedad o para notificar a una persona cuya salud o seguridad pueda estar en peligro. Si divulgamos su información médica sobre trastornos por consumo de sustancias con fines de salud y seguridad públicas, debemos eliminar sus datos personales para garantizar que no se lo pueda identificar a partir de la información antes de que la divulguemos.

•**Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar su información médica, incluida su información médica sobre consumo de sustancias, al gobierno para actividades de supervisión de salud autorizadas por la legislación federal o estatal, como auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y medidas disciplinarias y otras actividades necesarias para supervisar el sistema de atención médica, programas gubernamentales y nuestro cumplimiento con la ley.

•**Indemnización por accidentes laborales.** Podemos divulgar su información médica si lo permiten las leyes de indemnización por accidentes laborales estatales o leyes similares.

•**Divulgaciones posteriores.** Una vez que su información médica, incluida su información médica de trastornos por consumo de sustancias, se haya compartido con nosotros, nuestro socio comercial o una organización de servicios calificada, podemos seguir usando y divulgando dicha información médica sin su autorización en la medida permitida por la legislación federal y estatal.

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

En ocasiones, las leyes federales o estatales exigen que solicitemos su autorización para usar o divulgar tipos específicos de información médica, incluso con fines que pueden estar permitidos por otras leyes. Por ejemplo, si somos su proveedor de atención médica por trastornos por consumo de sustancias que está sujeto a estas leyes, solo podemos usar y divulgar su información médica relacionada con su diagnóstico, tratamiento o remisión a un tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias con su autorización, excepto en situaciones limitadas

que explicamos en otras secciones de este Aviso. En algunos casos, la legislación estatal también puede exigir que solicitemos su autorización antes de que podamos divulgar información médica específica a otros. Si la legislación federal o estatal exige su autorización, la solicitaremos por escrito antes de usar y divulgar su información médica. En los siguientes casos, debemos, en la mayoría de las circunstancias, tener su autorización para usar y divulgar su información médica:

- **A partir de su solicitud.** Tiene derecho a solicitarnos que divulguemos su información médica, incluida su información médica de trastornos por consumo de sustancias, a personas y entidades que elija. Debe hacer estas solicitudes por escrito y presentarlas a nuestro Departamento de Administración de Información Médica para su procesamiento. Podemos aplicar tarifas para cubrir el costo de hacer copias de sus registros, de acuerdo con los montos permitidos por la legislación federal o estatal.

- **Recaudación de fondos.** No usaremos ni divulgaremos su información médica, inclusive su información médica de trastornos por consumo de sustancias, para recaudar fondos a menos que hayamos recibido su autorización por escrito antes de usar y divulgar su información médica con este fin. Tiene derecho a solicitar no recibir comunicaciones sobre recaudaciones de fondos.

- **Marketing.** No usaremos ni divulgaremos su información médica, inclusive su información médica de trastornos por consumo de sustancias, con fines de marketing a menos que hayamos recibido su autorización por escrito antes de usar y divulgar su información médica.

- **Venta de información médica.** Nunca venderemos su información médica ni información médica de trastornos por consumo de sustancias a menos que hayamos recibido su autorización por escrito antes de dicha divulgación de su información médica.

- **Investigaciones médicas.** Podemos participar en estudios de investigaciones médicas. En la mayoría de los casos, debemos solicitar su autorización para usar su información médica, incluida su información médica de trastornos por consumo de sustancias, a menos que un consejo de revisión institucional haya indicado que su autorización no es necesaria debido a las protecciones vigentes para garantizar la privacidad de su información médica durante el estudio de investigación.

- **Notas de psicoterapia/notas de consejería por trastornos por consumo de sustancias.** Las notas de psicoterapia y de consejería por trastornos por consumo de sustancias que su psiquiatra o psicólogo mantuvo separadas y al margen de su historial médico. Estas notas exigen su autorización por escrito para su divulgación, a menos que la ley exija o permita la divulgación.

- **Otros usos y divulgaciones de su información médica de trastornos por consumo de sustancias.** Como se describió antes, la legislación federal limita cómo podemos usar y divulgar su información médica que nuestro centro ha generado si proporcionamos ese tipo de tratamiento o si obtenemos ese tipo de información de otro proveedor que le haya proporcionado ese tipo de tratamiento. En las secciones previas, hemos descrito en qué casos podemos usar y divulgar su información médica de trastornos por consumo de sustancias sin su autorización. Sin embargo, en otras situaciones debemos obtener su autorización antes de que podamos usar o divulgar su información médica de trastornos por consumo de sustancias. No es necesario que nos dé su autorización. Si nos da su autorización, le solicitaremos que firme un formulario de autorización por escrito para permitir las divulgaciones. Tiene derecho a dejar sin efecto su autorización en cualquier momento notificando por escrito al responsable de privacidad de nuestro centro su deseo de dejar sin efecto su autorización. Tenga en cuenta que dejar sin efecto la autorización no tendrá efectos en su información médica de trastornos por consumo de sustancias que hicimos antes de la recepción de la suspensión por escrito de su autorización. Según la legislación federal, además de los usos y divulgaciones ya descritos en este Aviso, debemos solicitar su

autorización antes de que podamos usar y divulgar su información médica de trastornos por consumo de sustancias con los siguientes fines específicos:

- **Tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.** Como se explicó de manera más detallada en la sección anterior, usamos y divulgamos su información médica general para proporcionarle tratamientos, coordinar los pagos de sus tratamientos con su seguro y para nuestros fines comerciales y operativos sin su autorización. Sin embargo, si somos su proveedor de atención médica por trastornos de consumo de sustancias, debemos solicitar su autorización para usar su información médica de trastornos por consumo de sustancias con estos fines. Si desea darnos autorización para usar su información médica de trastornos por consumo de sustancias para estos fines, la legislación federal le permite darnos una única autorización por escrito donde se nos autoricen el uso y la divulgación de su información médica de trastornos por consumo de sustancias para todos los fines futuros de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Tenga en cuenta que, si divulgamos su información de trastornos por consumo de sustancias con su autorización para estos fines a otro proveedor de atención médica, incluido un proveedor que proporciona tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, a un plan de salud, o a una oficina de compensación de atención médica, a un socio comercial o a una organización de servicios calificada, ellos pueden seguir usando y divulgando su información sin su autorización siempre que su uso y divulgación de su información cumpla con otras leyes de privacidad de atención médica federales, excepto para usos y divulgaciones para procesos judiciales civiles, penales, administrativos y legislativos contra usted.
 - **Procesos judiciales civiles, administrativos, penales y legislativos.** Su información médica de trastornos por consumo de sustancias y todo testimonio oral sobre su información médica de trastornos por consumo de sustancias no se usará ni divulgará en ningún proceso judicial civil, administrativo, penal o legislativo contra usted sin su consentimiento o una orden judicial válida junto con una citación o disposición judicial similar que exija la divulgación de esa información. Si recibimos una orden judicial, no usaremos ni divulgaremos su información médica de trastornos por consumo de sustancias hasta que usted o la persona que tiene su información haya tenido la oportunidad de que se la escuche y de presentar objeciones si la ley lo exige.
 - **Registro central o programa de gestión de la abstinencia.** Con su autorización, su información médica de trastornos por consumo de sustancias se puede compartir con un registro central o un programa de gestión de la abstinencia o de tratamiento de mantenimiento para evitar que se inscriba en varios programas. Estos programas tienen prohibido usar y divulgar la información que reciben para cualquier otro fin que no sea aquel para el que la recibieron y para garantizar la coordinación adecuada de su atención.
 - **Sistema judicial penal.** Con su autorización, su información médica de trastornos por consumo de sustancias se puede compartir con personas dentro del sistema judicial penal en el caso de que su participación en un tratamiento para trastornos de consumo de sustancias sea una condición de un proceso judicial penal del que sea parte.
 - **Programas estatales de supervisión de medicamentos recetados.** Con su autorización, su información médica de trastornos por consumo de sustancias se puede compartir con un programa estatal de supervisión de medicamentos recetados para informar qué medicamentos se le recetaron o proporcionaron.
- **Otros fines.** Si necesitamos usar y divulgar su información médica, incluida su información médica de trastornos por consumo de sustancias, por cualquier otro motivo no descrito en este Aviso, solicitaremos su autorización antes de hacerlo.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las leyes federales y estatales le proporcionan los siguientes derechos con respecto a su información médica, inclusive información médica de trastornos por consumo de sustancias:

•**Derecho a solicitar el uso o la divulgación limitados de su información médica.** Tiene derecho a solicitar que no usemos ni divulguemos su información médica, incluida su información médica de trastornos por consumo de sustancias, con fines terapéuticos, para hacer pagos u operaciones de atención médica.

Debemos respetar su solicitud de limitar las divulgaciones a su seguro médico si:

- La divulgación tiene como fin hacer operaciones de pago y atención médica y la ley no la exige.
- La información médica o la información médica de trastornos por consumo de sustancias corresponde únicamente al elemento o servicio de atención médica que usted o alguien que no sea su seguro médico nos haya pagado en su totalidad.

Sin embargo, en otras situaciones, no tenemos la obligación de respetar su solicitud y podemos denegarla si perjudicase nuestra capacidad de proporcionarle tratamiento, obtener pagos por su tratamiento y hacer operaciones en nuestro centro. Si denegamos su solicitud, le informaremos nuestra decisión por escrito. Si aceptamos su solicitud, debemos respetar el acuerdo.

•**Derecho a comunicaciones confidenciales de su información médica.** Tiene derecho a solicitar que su información médica, incluida información médica de trastornos por consumo de sustancias, se le entregue en una comunicación confidencial mediante una dirección de correo electrónico o postal que proporcione. Su solicitud se debe hacer por escrito, debe incluir la dirección de correo postal o electrónico confidencial que desea usar y explicar si la solicitud causará problemas a su método de pago.

•**Derecho a dejar sin efecto su autorización.** Puede dejar sin efecto, por escrito, las autorizaciones que nos haya dado para usar y divulgar su información médica, incluida la información médica de trastornos por consumo de sustancias. Tenga en cuenta que dejar sin efecto la autorización no tendrá efectos en su información médica ni en su información médica de trastornos por consumo de sustancias que hicimos antes de la recepción de la suspensión por escrito de su autorización.

•**Derecho a acceder a su información médica.** Tiene derecho a revisar de forma física y a solicitar una copia en papel o electrónica de su información médica, incluida su información médica de trastornos por consumo de sustancias, que se almacena en su conjunto de registros designado. Debe hacer dicha solicitud por escrito mediante nuestro formulario de autorización designado y proporcionarlo a nuestro Departamento de Administración de Información Médica para su procesamiento. Puede solicitar que se le proporcionen copias directamente a usted o a otra persona que haya indicado en su autorización. Responderemos su solicitud en el plazo que exige la legislación federal o estatal, el que sea más corto. Podemos aplicar tarifas para cubrir el costo de hacer copias de sus registros o proporcionarlos en formato electrónico, de acuerdo con los montos permitidos por la legislación federal y estatal. En ciertos casos, la ley nos permite denegarle acceso a su información médica, incluida su información de trastornos por consumo de sustancias. Si esta fuera la situación, le proporcionaremos el motivo de nuestra denegación por escrito y quizás tenga derecho a solicitar que se revise nuestra decisión de denegar su acceso.

•**Derecho a modificar a su información médica.** Tiene derecho a solicitar que su información médica, incluida su información médica de trastornos por consumo de sustancias, se modifique si considera que no es precisa. Debe hacer dicha solicitud por escrito y proporcionarla a nuestro Departamento de Administración de Información Médica para su procesamiento. Podemos denegar su solicitud, pero si lo hacemos, le indicaremos el motivo por escrito. Puede presentar una declaración de desacuerdo y, de ser necesario, podemos preparar una contradecaración. Su declaración de desacuerdo y nuestra contradecaración se incluirán en su historial médico.

•**Derecho a un informe de divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de su información médica en los últimos seis años y de ciertas divulgaciones de su información médica de trastornos por consumo de sustancias de los últimos tres años. La ley no nos exige informar todas las divulgaciones de su información médica e información médica de trastornos por consumo de sustancias que hayamos hecho, pero le proporcionaremos un informe de las divulgaciones requeridas y la información relevante para esas divulgaciones según lo exija la ley. Puede recibir un informe de estas divulgaciones por año sin costos, pero se le puede cobrar una tarifa por las solicitudes adicionales que realice durante el año. Le informaremos si hay algún cargo y usted tiene derecho a retirar su solicitud o pagar para continuar.

•**Derecho a recibir una lista de divulgaciones hechas por un intermediario.** Tiene derecho a recibir una lista de divulgaciones de su información médica de trastornos por consumo de sustancias que haya hecho un intermediario en los últimos tres años.

•**Derecho a recibir una notificación de una filtración de su información médica.** Tiene derecho a recibir una notificación después de una filtración de su información médica no protegida y su información médica de trastornos por consumo de sustancias. Le proporcionaremos esta notificación en los plazos y según lo exija la legislación federal y estatal.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O LA SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA O DE SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN

Los usos y las divulgaciones de su información médica que violan la legislación federal y estatal pueden ser un delito. Si considera que ha habido una violación de la privacidad o la seguridad de su información médica, de su información médica de trastornos por consumo de sustancias, o de sus derechos relacionados con esta información, lo alentamos a presentar una queja ante nuestro responsable de privacidad de una de las siguientes maneras:

- En persona en nuestro centro pidiendo hablar con nuestro responsable de privacidad del centro.
- Por correo electrónico a privacy@uhsinc.com.
- Llamando a nuestra línea de atención de cumplimiento gratuita al 1-800-852-3449.

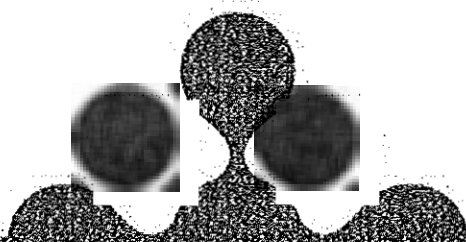
También puede presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de las siguientes maneras:

- Por correo postal a 200 Independence Ave., S.E., Room 509F HHH Bldg. Washington D. C. 20201.
- Por correo electrónico a OCRComplaints@hhs.gov.
- En línea en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

Si la presunta violación incluye su información médica de trastornos por consumo de sustancias, también puede presentar una queja ante la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) de las siguientes maneras:

- Por correo postal a 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857.
- Por correo electrónico a SAMHSAInfo@samhsa.hhs.gov.
- Llamando a la línea gratuita 1-877-SAMHSA (877-726-4727); TTY 800-487-4889.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.



PARA UNA MEJOR ATENCIÓN, COMPARTA SU INFORMACIÓN

Súmese a CommonWell y
dele a sus proveedores
de atención médica un
acceso más seguro a sus
informes de salud,
independientemente de
dónde se encuentre esa
información. Al compartir
la información sobre su
salud, podrán tomar
decisiones más acertadas,
de manera que usted
reciba la atención que
merece.

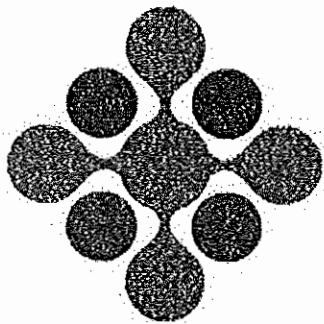


**REGÍSTRESE HOY
¡ES FÁCIL!**

Cuando le pregunten,
dígame a Registros que
le gustaría formar
parte de CommonWell.

© 2016 CommonWell Health Alliance.
Se reservan todos los derechos.





PARA UNA MEJOR ATENCIÓN, COMPARTA SU INFORMACIÓN

¿Cuántas veces ha tenido que enumerar las alergias que tiene, los medicamentos que toma y redactar su historia clínica? ¿No sería grandioso si todos sus médicos tuvieran acceso inmediato y seguro a su información médica? Basta de llevar y traer informes de salud. Basta de tener que recordar cuáles fueron los resultados de sus últimos análisis de laboratorio o los últimos medicamentos que le recetaron.

Al registrarse en los servicios de CommonWell Health Alliance®, les da a sus proveedores de atención médica acceso a información que podrían necesitar para atenderlo.

¿CUÁLES SON LOS SERVICIOS DE COMMONWELL?

Un servicio gratuito y más seguro, que hace que su información médica esté disponible para sus médicos, independientemente de dónde lo hayan atendido. Simplemente regístrese en este servicio con una identificación oficial con foto y, luego, confirme los demás médicos de CommonWell que lo hayan atendido.

¿CÓMO LO AYUDA COMMONWELL?

- **Ayuda a sus médicos a compartir información:** Hace posible que sus distintos médicos —de cabecera, especialistas, hospitales y demás— tengan acceso más seguro y casi inmediato a su importante información médica. Esto incluye centros de atención médica que visite cerca de su hogar y también cuando viaje en los EE. UU.
- **Le brinda atención más rápida y mejor:** Al perder menos tiempo en recolectar los resultados de análisis y otra información médica, sus proveedores de la salud lo pueden atender de manera más eficiente, dedicando menos tiempo a cuestiones administrativas y más tiempo a su cuidado.
- **Lo respalda en caso de emergencia:** Es posible que en alguna oportunidad usted no pueda recolectar o compartir su información médica. El personal médico podría obtener información sobre sus alergias, medicamentos y trastornos de salud, lo cual les permitiría atenderlo sin demora.
- **Protege sus datos:** Compartir la información a través de medios electrónicos es más seguro que hacerlo por fax o papel, que podrían extraviarse con facilidad o ser vistos sin tener registro de quién tuvo acceso a los expedientes impresos.
- **Reduce el trabajo administrativo y las molestias:** Ahorre tiempo y evítese la molestia de tener que completar los mismos formularios de historias clínicas una y otra vez cuando lo atiendan médicos nuevos o cuando acuda a un especialista de la red de CommonWell. Tendrá su información médica más reciente al alcance de la mano.



Patient Rights and Responsibilities

Summerlin Hospital Medical Center is committed to providing high quality health care in compliance with law and regulations. We strongly believe that every patient deserves to be treated with respect, dignity, and concern. We will provide care regardless of race, creed, sex, sexual orientation, gender identity, or expression, national origin, religion, impairment, or source of payment.

We consider a patient a partner in their health care. When patients are well informed, participate in treatment decisions, and communicate openly with their doctor and other health professionals, they help make their care as effective as possible. Summerlin Hospital Medical Center encourages respect for the personal preferences and values of each individual. It is our goal to assure that patient's rights are observed and to act as a partner in their decision-making process. It is in recognition of these factors that these rights are affirmed.

Patient Rights shall include but not limited to:

Access to Care

- Exercise these rights without regard to sex, sexual orientation, gender identity, or expression, cultural background, economic status, education, religion and disability, including AIDS and related conditions, or the source of payment for their care.
- Reasonable responses to any reasonable request they may make for service.

Respect and Dignity

- Care that respects their personal values and beliefs, access to spiritual care and respect of spiritual and cultural beliefs.
- Know which Summerlin Hospital Medical Center rules and policies apply to their conduct as a patient.
- To question any of these rights by contacting a health care provider or Administration.

Privacy

- Full consideration of personal privacy concerning their medical care program. Case discussion, consultation, examination, and treatment are confidential and shall be conducted discreetly. The patient has the right to be advised as to the reason for the presence of any care provider.
- Confidential treatment of all communication and records pertaining to their care and stay at Summerlin Hospital Medical Center to the extent provided by law. The patient has the right to access information contained in their record within a reasonable time frame. The patient has the right to inquire regarding access to their personal health information.
- Information regarding the privacy and confidentiality practices of Summerlin Hospital Medical Center as provided by law.

Transfer and Continuity of Care

- Reasonable continuity of care and to know in advance the time and location of appointment, as well as the physician providing care.
- Be informed by their physician or a delegate of their continuing health care requirement following their discharge from Summerlin Hospital Medical Center.

Safety

- Considerate and respectful care in a safe setting, free from any form of abuse, neglect, exploitation or harassment.
- Access to Protective and Advocacy Services.

Information

- Become informed of his or her rights as a patient in advance of provision of care or as soon as reasonably possible. The patient may appoint a representative to receive this information he or she so desires.
- Freedom of choice of physician. Knowledge of the name of the physician who has primary responsibility for coordinating their care and the name and professional relationships of other physicians who will see them.

Communication

- Receive information in a manner that they can understand. This includes the provision of an interpreter and if the patient is hearing impaired, access to TDD.
- Receive information from their physician about their illness, course of treatment, outcomes of care (including unanticipated outcomes) and prospects for recovery in terms that they can understand.
- Have all patient rights apply to the person who may have legal responsibility to make decisions regarding medical care on behalf of the patient.

Advance Directive

- Receive information regarding their right to forgo or withdraw life-sustaining treatment and to formulate a declaration (advance directive or living will) and/or durable power of attorney for health care provided for in the Nevada Revised Statutes 449.535 to 449.690 inclusive (Uniform Act on Rights of the Terminally III).
- The patient has the right to have his or her declaration (advance directive), if any directive has been executed, made a part of their permanent medical record. The patient has the right to review and revise their declaration (advance directive).
- The patient has the right to receive care without discrimination regardless of whether or not they have or have not executed a declaration (advance directive).
- The patient has the right to have the terms of their declaration (advance directive) complied with by the health care facility and caregivers to the extent permitted by law.

Pain Management

- To have pain assessed and to have pain treated appropriately. The patient has the right to receive education regarding their role in pain management and the potential limitations and side effects of pain treatments.

Consent

- Participate in decisions regarding their medical care and in resolving dilemmas about care, treatment, and services. To the extent permitted by law, this includes the right to accept or refuse medical or surgical treatments.
- Receive as much information about any proposed treatment or procedure as may be needed to give information consent or to refuse the course of treatment (to the extent permitted by law). Except in an emergency, the information provided to the patient shall include, but not necessarily be limited to, a description of the procedure or treatment, the medically significant benefits, risks, or side effects, including potential problems related to recuperation, alternate course of treatment or non treatment and the risks involved in each, and the likelihood of achieving treatment or care goals. The patient has the right to know the name and person responsible for all procedures and treatments.
- The patient has the right to have his or her care transferred to another doctor or health care facility if their doctor(s) or agent of their doctor(s), or the health care facility cannot respect their declaration (advance directive) requests as a matter of "conscience".
- Leave Summerlin Hospital Medical Center, even against the advice of their physicians.
- Be advised if Summerlin Hospital Medical Center or personal physician proposes to engage in research, educational projects or human experimentation affecting their care or treatment. The patient has the right to refuse to participate in such research projects or to discontinue participation, at anytime, in a research or investigational project without compromising access to care, treatment or services.

Grievances

- To communicate any complaints or concerns that arise in the provision of care. A grievance or complaint may be communicated verbally, in person, by phone, or in writing to the Patient Advocate.

Hospital Charges

- Examine and receive an explanation of their bill, regardless of source of payment.

Responsibilities

At Summerlin Hospital Medical Center, we feel that we are entitled to reasonable and responsible behavior, considering the nature of the illness, on the part of the patients and their families. In order to make treatment as effective as possible and to improve the quality of life, Summerlin Hospital Medical Center asks patients to take specific responsibilities in the daily management of their hospital stay. These responsibilities include but are not limited to the following:

- Providing Summerlin Hospital Medical Center with accurate and complete information about present complaints and condition, past medical history, medications and other matters related to the patient's health.
- Informing healthcare providers how the patient and/or caregivers want to be involved in their treatment and care.
- Working together with the healthcare team to develop a plan of care and following the plan developed.
- Following through with what they agree to do in their treatment plan. If they cannot follow the plan, they shall inform the healthcare providers.
- Assuming responsibility for their own actions if they refuse treatment or do not follow the treatment instructions.
- Informing their healthcare providers whether they understand the planned course of treatment.
- Report any unexpected changes in their condition to healthcare providers.
- Knowing what medications they are taking and why and asking the healthcare provider when they are uncertain.
- Informing the healthcare provider when they are in pain.
- Providing Summerlin Hospital Medical Center staff any advance directives or Durable Power of Attorney for Healthcare. The patient is responsible for understanding the consequences of refusing medical treatment.
- Following the rules and regulations of Summerlin Hospital Medical Center affecting patient care and personal conduct.
- Being considerate of the rights and property of other patients, families and Summerlin Hospital staff and assisting the control of noise, smoking, and distractions. Abusive language and threatening behavior will not be tolerated.
- Making sure financial obligations for health care provided are fulfilled as promptly as possible.
- Communicating suggestions or improvements regarding their healthcare services.

Notice of Availability of Language Assistance Services & Auxiliary Aids

ENGLISH – ATTENTION: Language assistance services and auxiliary aids are available to you at no charge.

AMHARIC – ያስተውሉ:- የቋንቋ እገዛ አገለግሎቶችን እና መርጃ መሣሪያዎችን ያለ ምንም ከፍተኛ ማግኘት ይችላሉ።

ARABIC – تتيح خدمات الترجمة والمساعدة اللغوية، بالإضافة إلى الوسائل المساعدة، متوفرة لك مجاناً

ARMENIAN – Հեղվակահն օգնությունն ծառայությունները և օժանդակի միջոցները հասանելի են Ձեզ համար անվճար:

BANTU-KIRUNDI – ICITONDERWA: Ibikorwa vyo gufasha mu vyerekeye ururimi n'ibikoresho vy'inyinyongera vyo gufasha birahari ku buntu.

BASSA – CMR Bassa (Cameroon Bassa): Njan ne: Nduj me tebu nge me ne m bóbɔn yèn lě nà ngò nà wě ké m mɔ́, mà ké tè mě wé.

Liberian Bassa: Leh-mah: Wroko-lu ni kpéene wóda ni bô ni kô sà, gbèè deè à dé nyè, màa de sù sáa.

BENGALI – মনে রাখবেন: ভাষার জন্য সহায়ক পরিষেবা এবং বাড়তি সহায়তা আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলভ্য।

BURMESE – ဂရုပြုရန်- ဘာသာစကားအကူအညီပေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အရန်အကူအညီများကို အခမဲ့ ရယူနိုင်ပါသည်။

CAMBODIAN – ការយោបល់អ្នកជំនាញ៖ សេវាកម្មជំនួយភាសា និងការបំពេញតម្រូវការប្រាស្រ័យទាក់ទង អាចផ្តល់ជូនអ្នកឥតគិតថ្លៃ។

CHEROKEE – OysVTS; DL0vT 5VO'ZB00J O'VPRT D0 O'LOvT D00IL5 O'VPRT 000Y D0 d0vT00J 0Y TSR0 D0 O'0L00ET.

CHINESE TRADITIONAL – 注意： 您可以免費獲得語言輔助服務和輔助工具

DUTCH – Achtung: Sprachhilfedienste un Hilfsmittel sin für euch kostenlos verfügbar.

CHOCTAW – AHVLLA: Anumpuli isht aiittanaha anumpuli tuklo isht anoli aiimpa chito micha isht anokfilli atoksvli tuk achukma, ish hohchifo yohmi aiimpa tuk.

FARSI – توجه: خدمات کمک زبانی و وسایل کمکی بصورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد.

FRENCH – ATTENTION : des services d'assistance linguistique et des aides complémentaires sont mis gratuitement à votre disposition.

FRENCH-CREOLE – ATANSYON: Sèvis asistans lang ak èd siplemantè disponib pou ou san frè.

GERMAN – HINWEIS: Hilfsmittel und Sprachassistenten stehen Ihnen kostenfrei zur Verfügung.

GREEK – ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και τα βοηθητικά μέσα είναι στη διάθεσή σας στη δωρεάν χρήση χωρίς χρέωση.

GUJARATI – ધ્યાન રાખો: ભાષા સહાયતા સેવાઓ અને સહાયક સાધનો તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

HEBREW – תשומה ללל עבדכח זמנימ כללום ועזרים בשפה סיוע שירותי: לב שימו.

HINDI – ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएं और सहायक साधन आपके लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं।

HMONG – CEEB TOOM: Cov kev pab cuam txhais lus thiab cov cuab yeej khoom siv pab muaj rau koj yam tsis tau them nqi.

ILOCANO – IPANGAG: Dagiti serbisio a tulong iti pagsasao ken dagiti katulongan a tulong ket magun-odanyo nga awan bayadna.

IGBO – GEE NTI: Oru enyemaka asusụ nakwa nkwardo ihe enyemaka dirị gị na-akwughị ugwo ọbula.

INDONESIAN – PERHATIAN: Layanan bantuan bahasa dan alat bantu tambahan tersedia untuk Anda tanpa biaya.

ITALIAN – ATTENZIONE: I servizi di assistenza linguistica e gli ausili sono disponibili gratuitamente.

KURDISH – Kurdish Sorani: سەرنج: خزمەتی یارمەتی زمان و یارمەتی لاومکی بەلاش بۆ تۆ بەردەستە
Kurdish Kurmanji: Agahî: Xizmeta alîkarîya zimn û alîkarîyên yedek ji bi awayeke bêpere ji we re berdest e.

JAPANESE – ご案内: 言語支援サービス及び補助機器を無料でご利用いただけます。

KOREAN – 주의: 언어 지원 서비스와 보조 도구는 무료로 사용 가능합니다.

LAO – ຄຳແຈ້ງ: ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

NAVAJO – BAA'ÁKONÍNÍZIN: T'áá shika' áyóó nihá nít hólǫ́ holne' doo bee nihásh'á yáhoot'éego bína'nitin dóó bil haz'á áká'ánígíí t'áá jíík'ehgo t'áá hólǫ́

NEPALI – ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू र सहायक उपकरणहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्।

PENNSYLVANIA DUTCH – Achtung: Sprachhilfsdienste und Unterstützungsangebote sin für eich umsonst verfügbar.

PUNJABI – ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

POLISH – UWAGA: Usługi pomocy językowej i materiały pomocnicze są dostępne bezpłatnie.

PORTUGUESE – ATENÇÃO: Os serviços de assistência linguística e as ajudas auxiliares estão à sua disposição gratuitamente.

ROMANIAN – ATENȚIE: Serviciile de asistență lingvistică și mijloacele auxiliare sunt disponibile gratuit.

RUSSIAN – ВНИМАНИЕ: Услуги языковой поддержки и вспомогательные средства доступны для вас бесплатно.

SAMOAN – FAAMATALAGA: O lo'o avanoa fua mo oe auaunaga fesoasoani i le gagana ma fesoasoani fa'aopoopo.

SERBO-CROATIAN – PAŽNJA: Usluge jezičke pomoći i pomoćna sredstva dostupni su vam besplatno.

SPANISH – ATENCIÓN: los servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares están disponibles para usted de manera gratuita.

SOMALI – DIGNIIN: Adeegyada caawinta luqadda iyo qalabka gacan-siinta waa lagu heli karaa bilaash.

SWAHILI – TAFADHALI FAHAMU: Huduma za usaidizi wa lugha na vifaa vya kusaidia vinapatikana kwako bila malipo.

TAGALOG – FILIPINO – PAUNAWA: May inilalaan na mga pantulong sa pagsasalin ng wika, tulong sa pandinig, o tulong sa pagbabasa para sa inyo nang walang bayad.

TELUGU – గమనిక: భాషా సహాయ సేవలు మరియు సహాయక సహాయాలు మీకు ఉచితంగా అందుబాటులో ఉన్నాయి.

THAI – หมายเหตุ: บริการช่วยเหลือด้านภาษาและบริการเสริมอื่น ๆ เปิดให้ใช้บริการแล้วโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

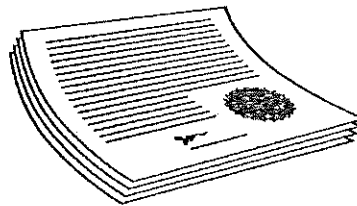
TONGAN – TOKANGA: Ko e ngaahi sevesi tokoni ki he lea mo e ngaahi tokoni 'oku 'ataa ia kiate koe 'o 'ikai ha totongi.

UKRAINIAN – УВАГА: Мовні послуги та допоміжні засоби доступні для вас безкоштовно.

URDU – توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور امدادی سہولیات آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔

VIETNAMESE – LƯU Ý: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện hỗ trợ được cung cấp miễn phí cho bạn.

YORUBA – ÌKÍLỌ́: A ní pèsè ìrànlọwọ́ ìtúmọ́ èdè àti àwọn ohun èlò àfikún fún ọ láìsánwọ́.



Dear Summerlin Hospital Medical Center Patient:

The Health Information Management Department would like to refrain from copying your medical records at this time due to the incomplete status of your chart. At this point in time, your medical record does not represent the entire episode of your care with us at Summerlin Hospital Medical Center. In order to furnish you with the most complete and accurate medical record possible, please refer to the following:

To obtain a copy of your medical records for *personal use*:

1. Obtain an Authorization for Release of Protected Health Information from the Nursing Station prior to your departure from the facility.

In the event that you do not obtain one prior to leaving the Nursing unit, please use one of the following options:

- Go to the Health Information Management Department.
 - Contact the Health Information Management Department via a phone and request that one be mailed or faxed to you for completion.
 - Visit www.valleyhealthsystemlv.com and select the link for "Obtaining Medical Record." Go to patient & visitor tab and select link for "Obtaining Medical Records."
 - Visit www.roillog.com and click Authorization Forms, locate Nevada, SHMC, and select the appropriate form.
2. Complete the Authorization For Release Of Protected Health Information Form.
 3. Record requests take between seven (7) and ten (10) business days to process, but not to exceed 30 days.
 4. There will be a charge of \$6.50 for copies of PHI maintained electronically and requested in an electronic format (email or CD-ROM) for releases of PHI for all reasons other than continued patient care. For copies of PHI provided on paper, there will be a charge of \$0.10 per page.

To obtain a copy of your medical records for *continued care*:

1. Go to your physician's office on the day of your appointment.
2. Ask them to send a request for your medical records on their office letterhead.
3. Ask them to fax this request to us at 233-7916.
4. The Health Information Management Department will fax your medical records to your physician within 15-30 minutes of its receipt of your request.

Now...get your medical records... 24 hours a day, 7 days a week

Your email address gets you online access to your medical records.

Health Records Online is a secure, online service from the Valley Health System that lets you view select medical records online. All you need is a computer and an internet connection to see your healthcare records, including:

- Allergies
- Completed procedures
- Health Issues
- Immunizations
- Medications

You will be able to view and download discharge instructions and summaries of the care you received at Valley Health System to provide to your personal physician or other healthcare provider. You may even be able to forward the summary of your care directly to your healthcare provider.

Now that your account has been created, to view your records go to:

<https://west.uhspatientportal.com>

Thank you very much for your cooperation and understanding.

Health Information Management Department

Summerlin Hospital Medical Center

657 Town Center Drive
Las Vegas, NV 89144
(702) 233-7580



Notice of Reduction or Discount

Notice of the reduction or discount available pursuant to NRS 439B.260, including, without limitation, notice of the criteria a patient must satisfy to qualify for a reduction or discount under that section.

The Valley Health System extends an uninsured, 60% discount off total billed charges for all patients who reside in the United States with no insurance coverage. This discount pertains to non-elective procedures only. It is the responsibility of the patient or legal guardian to make payment arrangements on the account within 30 days of discharge.

The Valley Health System has a Charity Care Program available to uninsured, eligible inpatient and outpatients who meet the established criteria;

- Income less than or equal to 400% of the federal poverty guideline.
- Application must be submitted for review.

Centennial Hills Hospital
Desert Springs Hospital
Henderson Hospital
Spring Valley Hospital
Summerlin Hospital
Valley Hospital
West Henderson Hospital

Notice of Availability of Language Assistance Services & Auxiliary Aids

ENGLISH – ATTENTION: Language assistance services and auxiliary aids are available to you at no charge.

AMHARIC - ያስተውሉ:- የቋንቋ እገዛ እገለግሎቶችን እና መርጃ መሣሪያዎችን ያለ ምንም ክፍያ ማግኘት ይቻላል።

تنبیه: خدمات الترجمة والمساعدة اللغوية، بالإضافة إلى الوسائل المساعدة، متوفرة لك مجاناً - ARABIC

ARMENIAN – Հեղիակյան օգնության ծառայությունները և օժանդակ միջոցները հասանելի են Ձեզ համար անվճար:

BANTU-KIRUNDI – ICITONDERWA: Ibikorwa vyo gufasha mu vyerekeye ururimi n'ibikoresheho vy'in'yinyongera vyo gufasha birahari ku buntu.

BASSA – CMR Bassa (Cameroon Bassa): Njan ne: Nduŋ me tebu nge me ne m bóòŋ yèŋ lě nà ngò nà wě kě m mọ́, mà kě tẹ mě wě.

Liberian Bassa: Leh-mah: Wroko-lu ni kpéene wóda ni bò ni kò sà, gbèè dèè a dè nyè, màa dè sù sáa.

BENGALI – মনে রাখবেন: ভাষার জন্য সহায়ক পরিষেবা এবং বাড়তি সহায়তা আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলভ্য।

BURMESE – ဂရိပြုရန်- ဘာသာစကားအက္ခရာအညွှန်းပေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အရန်အကူအညီများကို အခမဲ့ ရယူနိုင်ပါသည်။

CAMBODIAN – ការយកចិត្តទុកដាក់: សេវាកម្មជំនួយគាត់ និងឧបករណ៍ជំនួយអ្នកមានបញ្ហាការប្រាស្រ័យទាក់ទង អាចផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

CHEROKEE - OYSVTS; DL0VT SVOZB00J OVPRT D0 OLOVT D0IL5 OVPRT 00Y D0 00VT0J 0Y T5R0 D0 O0L0TET.

CHINESE TRADITIONAL - 注意：您可以免費獲得語言輔助服務和輔助工具

DUTCH – Achtung: Sprachhilfedienste und Hilfsmittel sind für euch kostenlos verfügbar.

CHOCTAW – AHVLLA: Anumpuli isht aiittanaha anumpuli tuklo isht anoli aiimpa chito micha isht anokfilli atoksvli tuk achukma, ish hohchifo yohmi aiimpa tuk.

توجه: خدمات کمک زبانی و وسایل کمکی به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد - Farsi

FRENCH – ATTENTION : des services d'assistance linguistique et des aides complémentaires sont mis gratuitement à votre disposition.

FRENCH-CREOLE – ATANSYON: Sèvis asistans lang ak èd siplemantè disponib pou ou san frè.

GERMAN – HINWEIS: Hilfsmittel und Sprachassistenten stehen Ihnen kostenfrei zur Verfügung.

GREEK – ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και τα βοηθητικά μέσα είναι στη διάθεσή σας στη διεύθυνση χωρίς χρέωση.

GUJARATI - ધ્યાન રાખો: ભાષા સહાયતા અંગેની સેવાઓ અને સહાયક સાધનો તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

תשלום ללא עבורכם זמינים נלווים ועזרים בשפה סיוע שירותי: לב שימו – HEBREW

HINDI – ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएं और सहायक साधन आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं।

HMONG – CEEB TOOM: Cov kev pab cuam txhais lus thiab cov cuab yeej khoom siv pab muaj rau koj yam tsis tau them nqi.

ILOCANO – IPANGAG: Dagiti serbisio a tulong iti pagsasao ken dagiti katulungan a tulong ket magun-odanyo nga awan bayadna.

IGBO – GEE NTI: Oru enyemaka asusu nakwa nkwado ihe enyemaka diji gi na-akwughị ugwo obula.

INDONESIAN – PERHATIAN: Layanan bantuan bahasa dan alat bantu tambahan tersedia untuk Anda tanpa biaya.

ITALIAN – ATTENZIONE: I servizi di assistenza linguistica e gli ausili sono disponibili gratuitamente.

KURDISH – Kurdish Sorani: سەرچ: خزمەتی یارمەتی زەمان و یارمەتی لاوەکی بە لاش بۆ تۆ بەردەستە
Kurdish Kurmanji: Agahî: Xizmeta alîkarîya zimn û alîkarîyên yedek ji bi awayeke bêpere ji we re berdest e.

JAPANESE – ご案内: 言語支援サービス及び補助機器を無料でご利用いただけます。

KOREAN – 주의: 언어 지원 서비스와 보조 도구는 무료로 사용 가능합니다.

LAO – ແຈ້ງເຕືອນ: ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

NAVAJO – BAA'ÁKONÍNÍZIN: T'áá shika' áyoo nihá níl hólǫ holne' doo bee nihásh'á yáhoot'éego bina'nitin dóó bił haz'á áká'ánígíí t'áá jíík'ehgo t'áá hólǫ

NEPALI – ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू र सहायक उपकरणहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्।

PENNSYLVANIA DUTCH – Achtung: Sprachhilfsdienste und Unterstützungsangebote sin für eich umsonst verfügbar.

PUNJABI – ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

POLISH – UWAGA: Usługi pomocy językowej i materiały pomocnicze są dostępne bezpłatnie.

PORTUGUESE – ATENÇÃO: Os serviços de assistência linguística e as ajudas auxiliares estão à sua disposição gratuitamente.

ROMANIAN – ATENȚIE: Serviciile de asistență lingvistică și mijloacele auxiliare sunt disponibile gratuit.

RUSSIAN – ВНИМАНИЕ: Услуги языковой поддержки и вспомогательные средства доступны для вас бесплатно.

SAMOAN – FAAMATALAGA: O lo'o avanoa fua mo oe auaunaga fesoasoani i le gagana ma fesoasoani fa'aopoopo.

SERBO-CROATIAN – PAŽNJA: Usluge jezičke pomoći i pomoćna sredstva dostupni su vam besplatno.

SPANISH – ATENCIÓN: los servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares están disponibles para usted de manera gratuita.

SOMALI – DIGNIIN: Adeegyada caawinta luqadda iyo qalabka gacan-siinta waa lagu heli karaa bilaash.

SWAHILI – TAFADHALI FAHAMU: Huduma za usaidizi wa lugha na vifaa vya kusaidia vinapatikana kwako bila malipo.

TAGALOG – FILIPINO – PAUNAWA: May inilalaan na mga pantulong sa pagsasalin ng wika, tulong sa pandinig, o tulong sa pagbabasa para sa inyo nang walang bayad.

TELUGU – గమనిక: భాషా సహాయ సేవలు మరియు సహాయక సహాయాలు మీకు ఉచితంగా అందుబాటులో ఉన్నాయి.

THAI – หมายเลขบริการช่วยเหลือด้านภาษาและบริการเสริมอื่นๆ เปิดให้ใช้บริการแล้วโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

TONGAN – TOKANGA: Ko e ngaahi sevesi tokoni ki he lea mo e ngaahi tokoni 'oku 'ataa ia kiate koe 'o 'ikai ha totongi.

UKRAINIAN – УВАГА: Мовні послуги та допоміжні засоби доступні для вас безкоштовно.

URDU – توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور امدادی سہولیات آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔

VIETNAMESE – LƯU Ý: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện bổ trợ được cung cấp miễn phí cho bạn.

YORUBA – ÌKÍLỌ́: À ń pèsè ìrànlọwọ́ ìtúmọ́ èdè àtì àwọn ohun èlò àfikún fún ọ láìsánwọ́.