



NORTHERN COLORADO
ENDOSCOPY
CENTER

8227 W 20th Street
Greeley, CO 80634
Tel.: (970) 573-7555
Fax: (970) 744-5309

Paquete de antecedentes personales

Lea todo este paquete.
Complete **todos** los documentos
(sin dejar espacios vacíos):

- Cuéntenos sobre usted.
- Medicamentos: si ya tiene una lista, adjunte una copia a este formulario.
 - Formulario de consentimiento.

Traiga los formularios detallados más arriba a la cita.

* No formamos parte de UCHealth ni de Banner.

* No tenemos acceso a expedientes clínicos externos.

PREPARACIÓN PARA LA SIGMOIDOSCOPIA

Su médico ha programado una sigmoidoscopia para usted. Siga las indicaciones que se detallan a continuación.

- Si necesita cancelar o reprogramar su procedimiento por cualquier motivo, llame al encargado de programación de citas de endoscopia al 970-573-7555 al menos 72 horas antes de su examen.
- Si no puede completar su preparación, notifique al Northern Colorado Endoscopy Center al 970-573-7555. Si tiene alguna pregunta fuera del horario de atención, llame al 970-378-1414 y pregunte por el gastroenterólogo de guardia.
- Complete los formularios titulados “CUÉNTENOS SOBRE USTED” y “MEDICAMENTOS”, que se encuentran en su paquete. El día del procedimiento, traiga los formularios completos y su paquete.**

Información general:

- ✓ Durante 5 días antes de su procedimiento, intente evitar consumir nueces, semillas y maíz.
- ✓ Tome sus medicamentos recetados como lo hace normalmente hasta 3 horas antes de su procedimiento.
- ✓ Si no le administran un sedante, podrá conducir de regreso a su casa.

Si le administran un sedante:

- ✓ Coordine lo que haga falta para contar con un adulto responsable que lo lleve de regreso a su hogar. La persona que lo llevará a su casa debe quedarse en el centro de atención durante su procedimiento. **NO** se permite el uso del transporte público (autobús, taxi, tren) a menos que un adulto responsable lo acompañe.
- ✓ Después del procedimiento, debe contar con un adulto que lo acompañe durante 4 a 6 horas.

Compre con anticipación 2 enemas Fleet en la farmacia.

- Después de la medianoche del día previo a la prueba y durante el día de la prueba, beba solo líquidos claros. Si le administran un sedante, no beba nada durante 3 horas antes del examen.
- Use ambos enemas Fleet una hora y media antes del examen, con 10 o 15 minutos de diferencia.
- Tome sus medicamentos recetados como lo hace normalmente hasta 3 horas antes del procedimiento, excepto los medicamentos para la diabetes o los anticoagulantes (consulte las instrucciones para los medicamentos para la diabetes a continuación; llame al 970-378-1414 para recibir indicaciones sobre los anticoagulantes).

INSTRUCCIONES PARA DIABÉTICOS:

- ✓ Si usted es diabético y su procedimiento será a la mañana, no tome sus medicamentos ni se administre insulina la mañana del procedimiento. Le sugerimos que controle su nivel de azúcar en la sangre al menos 4 veces por día durante las comidas y antes de irse a dormir.
- ✓ Si usted es diabético y su procedimiento será a la tarde, comuníquese con su médico de atención primaria para confirmar cómo debe tomar/usar sus medicamentos de la diabetes. Le sugerimos que controle su nivel de azúcar en la sangre al menos 4 veces por día durante las comidas y antes de irse a dormir.

INFORMACIÓN SOBRE LA SIGMOIDOSCOPIA

Estimado paciente:

Su médico lo ha remitido para que se realice una sigmoidoscopia. El objetivo de esta nota es familiarizarlo con la naturaleza del examen, sus beneficios y sus riesgos. Es esencial que usted sepa lo que se detalla a continuación; léalo con atención. Consideramos que es tan importante que usted entienda este material que le pediremos que firme esta nota para reconocer que ha leído y que comprende esta información. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros por teléfono (970-573-7555) antes del procedimiento para que podamos conversar sobre sus inquietudes.

Por qué debe hacerse una sigmoidoscopia:

Una sigmoidoscopia es un examen de la parte baja del colon (intestino grueso) en el que se usa un tubo largo, fino y flexible con una cámara en la punta llamado “colonoscopio”. El procedimiento se hace con diferentes objetivos, como la evaluación de colitis, diarrea o sangrado rectal, o como seguimiento de un pólipo.

El procedimiento:

El examen en sí suele demorar entre 10 y 15 minutos. Estará cómodamente recostado sobre su lado izquierdo en una cama. El lugar le ofrecerá calma y privacidad.

Si **no le administran un sedante**, puede que sienta algunos cólicos leves en la parte baja del abdomen. Pueden darle el alta inmediatamente después del procedimiento, y podrá conducir de regreso a su hogar.

Si **su médico recomendó el uso de sedantes**, se iniciará una vía intravenosa antes del procedimiento para administrarle los medicamentos necesarios. Se usan monitores de la función cardíaca y pulmonar para mejorar la seguridad. Debido a los medicamentos, probablemente recuerde muy poco o nada del procedimiento. Es improbable que se sienta incómodo con el procedimiento. Después del procedimiento, tardará aproximadamente media hora en despertarse lo suficiente para abandonar el centro de endoscopia. La mayoría de las personas ingresan y se retiran del centro de endoscopia en aproximadamente dos horas. Debido al sedante, necesitará que alguien lo lleve a su casa. No podrá conducir por al menos 12 horas. Probablemente pueda retomar la mayoría de sus actividades normales unas seis horas después del procedimiento.

Si se le extirpan pólipos, existe un riesgo bajo de sangrado durante un máximo de dos semanas después del examen. Por eso, debe hacerse el procedimiento solo si se mantendrá cerca de una sala de emergencias durante los próximos 14 días.

Algunos ejemplos de actividades que deberá evitar durante las dos semanas posteriores a la extirpación de los pólipos son viajar en avión y hacer actividades recreativas en las afueras de la ciudad. Podrá conducir en áreas a una distancia razonable de los centros de atención médica de emergencia.

Si quiere conversar más sobre esto, comuníquese con nosotros al 970-573-7555. Por supuesto, tendrá la oportunidad de hablar con nosotros justo antes del procedimiento.

Los doctores Strong, North, Sears, Langer, Caufield, Dunphy, Durkan, Kershner, Hampton, Huerta, Settergren y Webb tienen una participación financiera en Northern Colorado Endoscopy Center.

Atentamente.

Médicos de Centers for Gastroenterology

Al firmar a continuación, certifica que ha leído y que entiende la información sobre la sigmoidoscopia. Si tiene alguna pregunta, no firme este documento hasta que hayamos aclarado sus dudas.

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

CUÉNTENOS SOBRE USTED

Complete este formulario y tráigalo junto con este paquete a su procedimiento.

¿Por qué se hace este procedimiento? _____

¿Toma anticoagulantes? Sí No ¿Está o podría estar embarazada? Sí No

¿Usa oxígeno en su hogar? Sí No Cantidad de oxígeno usada _____

¿Fuma o usa productos con tabaco? Sí No Cantidad/frecuencia _____

¿Bebe alcohol? Sí No Cantidad/frecuencia _____

¿Consume productos de marihuana? Sí No Cantidad/frecuencia _____

¿Padece actualmente alguno de los siguientes problemas médicos o tiene antecedentes de ellos? Si la respuesta es sí, explique brevemente.

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea elevada _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas en el hígado _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Coágulos de sangre _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas en el riñón _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Apnea del sueño _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otro _____ |

Cirugías previas:

Cirugía/Fecha aproximada:

Cirugía/Fecha aproximada:

Enumere a sus familiares de sangre con antecedentes de cáncer de colon o pólipos de colon (parentesco y edad):

Hallazgos del procedimiento endoscópico anterior:

Colonoscopia _____

Endoscopia digestiva alta _____

Fecha aproximada: _____

Fecha aproximada: _____

¿Tiene un testamento en vida? Sí No ¿Tiene un poder notarial médico duradero? Sí No

¿Quiere recibir información sobre esto? Sí No

Firma _____

Fecha _____

Complete el formulario de medicamentos del otro lado de la página

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Alergias o sensibilidad a medicamentos o sustancias (incluye alimentos, látex, etc.) Y reacciones No se conocen alergias

Medicamento o sustancia	Reacción (p. ej., urticaria, dificultad para respirar)

Medicamentos del hogar al momento de la hospitalización (recetas, medicamentos de venta libre, hierbas medicinales, vitaminas, suplementos, parches, inhaladores, etc.)

**AVISO: NO TENEMOS ACCESO A REGISTROS DE SALUD EXTERNOS.
DEBE COMPLETAR ESTE DOCUMENTO O ADJUNTAR UNA LISTA.**

Medicamento y vía de administración	Motivo por el que lo toma/usa	Dosis	Frecuencia	Última toma/Último uso

Lista de medicamentos o alergias verificada con el paciente antes del procedimiento:
 (Iniciales del/de la RN) _____

Más arriba, se incluye una lista de los medicamentos que usted indicó que está tomando/usando actualmente. Salvo que se le indique otra cosa, debe volver a tomar/usar estos medicamentos. Comuníquese con el médico que le recetó los medicamentos si tiene alguna pregunta. También se incluyen los medicamentos recetados como resultado de su visita. Su firma a continuación significa que usted entiende estas instrucciones.

NO ESCRIBAS DEBAJO DE LA LINEA. ESTO ES SOLO PARA EL PERSONAL DE LA CLINICA.

Nuevos medicamentos o medicamentos previos con cambios					
Medicamento/Motivo	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Indicaciones o instrucciones	Última dosis

- Medicamentos administrados el día del procedimiento:
- Antes del procedimiento:**
- Ningún medicamento
 - Zofran para tratar las náuseas
 - Otros medicamentos: _____
- Después del procedimiento:**
- Ningún medicamento
 - Zofran para tratar las náuseas
 - Otros medicamentos: _____

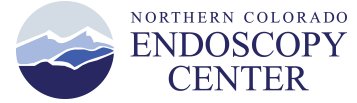
- Durante el procedimiento:**
- Ningún medicamento
 - Propofol como sedante
 - Fentanilo como sedante o para tratar las molestias
 - Versed como sedante
 - Zofran para tratar las náuseas
 - Otros medicamentos: _____

Firma del paciente o de la persona responsable _____

Se revisó y se envió una copia al paciente o a la persona responsable: Fecha _____ Iniciales del/de la RN _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA SIGMOIDOSCOPIA

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO



Paciente: _____

1. PROCEDIMIENTO Y ALTERNATIVAS: Yo, (paciente o representante autorizado), autorizo al Dr./a la Dra. _____ a realizar el siguiente procedimiento: **sigmoidoscopia con posible biopsia y/o polipectomía.**

Entiendo que el motivo y los BENEFICIOS del procedimiento son los siguientes: **examen de la parte baja del colon, con posible extracción de tejido y/o extirpación de un pólipo para diagnóstico.**

Las alternativas incluyen radiografía, Cologuard, prueba de sangre oculta en heces, o bien, no hacer nada.

2. RIESGOS: Esta autorización se brinda a sabiendas de que todos los procedimientos suponen algunos riesgos y peligros. Los riesgos más comunes incluyen infección, sangrado, lesión en los nervios, coágulos de sangre, ataque cardíaco, reacciones alérgicas, neumonía por aspiración y lesiones no detectadas. Estos riesgos pueden ser graves y, posiblemente, fatales. Algunos riesgos importantes y sustanciales de este procedimiento en particular incluyen **SANGRADO O PERFORACIÓN. SI SE PRODUCE ALGUNA DE ESTAS COMPLICACIONES, EL TRATAMIENTO PUEDE INCLUIR HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA O TRANSFUSIÓN DE SANGRE.**

3. SEDANTES Y ANESTESIA: La administración de sedantes y anestesia también supone riesgos, principalmente un riesgo poco común de reacción a los medicamentos que puede causar la muerte. Brindo mi consentimiento para el uso de dichos sedantes o anestésicos si la persona responsable de estos servicios los considera necesarios.

4. RESUCITACIÓN: Deseo que se empleen todas las medidas de resucitación durante el procedimiento.

5. PROCEDIMIENTOS ADICIONALES: Si mi médico descubre un problema diferente y no esperado durante el procedimiento, lo autorizo a realizar los tratamientos que considere necesarios para mejorar mi salud.

6. Entiendo que no se me han dado garantías ni se me han asegurado resultados del procedimiento, y que esto podría no curar mi problema de salud.

7. Brindo mi consentimiento para que se fotografíe el procedimiento con finalidades médicas.

8. Brindo mi consentimiento para que haya observadores médicos o paramédicos en la sala del procedimiento.

9. Mediante el presente documento, autorizo a este centro de atención médica a preservar o desechar, con motivos científicos o de enseñanza, el tejido extirpado resultante de los procedimientos autorizados más arriba. Además, autorizo al patólogo, de quien podrían necesitarse sus servicios, a desechar el tejido a su discreción.

NOTA: SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE EL PROCEDIMIENTO O SOBRE LOS RIESGOS O LAS CONSECUENCIAS ASOCIADOS CON ESTE, HABLE CON SU MÉDICO. PUEDE RETIRAR SU CONSENTIMIENTO PARA ESTE PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE QUE SE REALICE. NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LA TOTALIDAD DEL FORMULARIO.

QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE SU SIGMOIDOSCOPIA

Estimado paciente:

Siga estas pautas para garantizar el mejor resultado posible después de su procedimiento:

- Retome los medicamentos cuando comience a alimentarse, salvo que le hayan indicado algo diferente.
- Un poco de hinchazón es normal. Puede aliviar la incomodidad caminando o recostándose boca abajo.
- Si le extirpan un pólipo, debe permanecer en esta zona o en una zona de fácil acceso para el equipo de atención médica de emergencia durante 14 días.
- Si toman una muestra para biopsia, le comunicarán los resultados dentro de 1 o 2 semanas.
- Puede haber una pequeña cantidad de sangre en el papel higiénico o en las heces después de ir al baño. Si elimina grandes cantidades de sangre o coágulos, llámenos al 970-573-7555 inmediatamente y en cualquier momento del día o la noche, o acérquese al departamento de emergencias más cercano.
- Llámenos inmediatamente al 970-378-1414 de día o de noche si tiene fiebre o dolor persistente en el abdomen, la espalda o el pecho, dificultad para respirar u otras inquietudes.

Si le administran un sedante:

- No conduzca, opere maquinaria pesada ni tome decisiones legales importantes durante, al menos, 12 horas.
- Debe permanecer acompañado de un adulto durante 4 a 6 horas después de su procedimiento.

AVISO SOBRE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Toma de decisiones

Usted o su representante tienen los siguientes derechos:

- Recibir información antes de que se brinde o se interrumpa la atención, siempre que sea posible.
- Recibir información precisa y actualizada sobre su estado de salud en términos que pueda comprender.
- Participar en la planificación de su tratamiento, atención y recomendaciones de alta.
- Recibir una explicación de los procedimientos o tratamientos propuestos, que incluya los riesgos, los efectos secundarios graves y las alternativas de tratamiento, hasta una solicitud de segunda opinión.
- Participar de forma efectiva en el manejo del dolor.
- Recibir atención de emergencia o ser transferido a una institución de mayor complejidad (hospital), si es necesario, con una explicación completa de la necesidad médica de la transferencia. No se exigirán tiempos de espera para la autorización del seguro ni se impondrán recargos financieros. Que se notifique rápidamente sobre su hospitalización a las personas que usted indique.
- Aceptar, rechazar o interrumpir un tratamiento o un medicamento, en la medida en que lo permita la ley, y recibir información de las consecuencias de dicho rechazo.
- Aceptar, rechazar o interrumpir su participación en una investigación clínica.
- Aceptar, rechazar o interrumpir su participación en procedimientos terapéuticos o de diagnóstico.
- Elegir o modificar su proveedor de atención médica.

Igualdad de atención

Usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir un trato respetuoso, que reconozca y mantenga su dignidad y sus valores personales sin discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.
- Recibir información precisa sobre la institución donde recibe los servicios, así como el nombre, las certificaciones y la función del personal de atención médica involucrado en su atención.
- Acceder a intérpretes y/o a equipos especiales para ayudar con sus necesidades de idioma.
- Recibir información sobre cómo obtener ayudas o servicios adicionales, en caso de que estos sean necesarios.
- Recibir información sobre los requisitos de la atención médica continua después del alta, que incluya cómo acceder a los servicios fuera de los horarios de atención.

Confidencialidad y privacidad

Usted tiene los siguientes derechos:

- Privacidad y atención personal en un entorno seguro, libre de abuso, acoso, discriminación o represalias.
- Uso compartido de la información personal solo entre quienes estén involucrados en su atención.
- Confidencialidad de sus registros médicos y de facturación.
- Notificación de las prácticas de privacidad.
- Notificación de fugas de información de salud personal sin seguridad.

Proceso de presentación de quejas

Usted o su representante tienen los siguientes derechos:

- Revisión justa y objetiva de sus quejas sobre la atención recibida del personal o los proveedores de atención médica, sin miedo a represalias.
- Presentación formal de quejas, ya sea oralmente o por escrito, como se detalla a continuación. Recibirá un aviso por escrito de la decisión en 15 días hábiles desde la fecha en que se informó la queja al centro.

Administración del ASC responsable de la Oficina de Reclamos: 970-573-7555

Departamento de Salud de Colorado: 303-692-2904 o correo electrónico: hfdintake@cdphe.state.co.us

Departamento de la Agencia de Registro: 303-894-7800 o <http://www.dora.state.co.us/medical/complaints.html>

Defensor de los CMS: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

Oficina de Inspección General: 800-447-8477 o <https://www.oig.hhs.gov/hotlineoperations>, o US Department of Health & Human Services, Attn: OIG Hotline Operations, P.O. BOX 23489, Washington D.C. 20026

Oficina de Derechos Civiles: <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/docs/howto.html>

Voluntades anticipadas

Usted tiene derecho a saber lo siguiente:

- Puede brindar un testamento en vida y/o un poder notarial para cuestiones médicas.
- Según la política de Greeley Endoscopy Center, independientemente del contenido de las voluntades o instrucciones anticipadas de un representante de atención médica, si se produce una situación que amenace la vida durante su tratamiento en este centro de atención, iniciaremos medidas de resucitación o estabilización, y lo transferiremos en ambulancia a un hospital de cuidados agudos para una evaluación complementaria.

Acceso a los expedientes clínicos

Usted tiene los siguientes derechos:

- Hablar en privado con los proveedores de atención médica a sabiendas de que su información de atención médica es confidencial.
- Revisar y/o recibir una copia de sus expedientes clínicos (inclusive en formato electrónico) en 30 días por un medio de transferencia seguro, previo pedido por escrito.

Aislamiento y contención

Usted tiene los siguientes derechos:

- No ser sometido a medidas de aislamiento y contención para el control del comportamiento, salvo que sea necesario por razones médicas para proteger su seguridad física y la seguridad de los demás.

Facturación

Usted tiene los siguientes derechos:

- Acceder a información específica sobre las tarifas de los servicios y las políticas de pago antes de la fecha de prestación del servicio.
- Tener privacidad de pago cuando elija darse de baja de la cobertura de seguro, de acuerdo con las regulaciones federales.

RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Información

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Brindar información precisa y completa sobre problemas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, uso actual de medicamentos de venta libre o recetados, uso actual de suplementos nutritivos y otras cuestiones relacionadas con su salud.
- Informar los riesgos percibidos en su atención y los cambios inesperados de su afección.
- Proporcionar un documento de voluntades anticipadas, si lo tiene.
- Brindar información demográfica y de contacto precisa y actualizada para el seguro y la facturación.

Participación

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Participar en su plan de atención médica y seguir el plan de tratamiento recomendado.
- Asegurarse de contar con un adulto responsable designado que le ayudará con el transporte y con su cuidado durante 4 a 6 horas después del procedimiento.

Respeto y consideración

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Actuar de forma respetuosa y considerada con los proveedores de atención médica, con otros pacientes y con los visitantes; no se tolerarán amenazas físicas o verbales, ni conductas que interfieran con las operaciones comerciales.
- Respetar las pertenencias o la propiedad de los demás, y respetar la propiedad del centro de atención.
- Ayudar a mantener el nivel de ruido y la cantidad de visitas al mínimo.

Facturación del seguro

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Conocer el alcance de su cobertura de seguro.
- Conocer los requisitos de su seguro, como las autorizaciones previas, los deducibles y los copagos. Se espera recibir los copagos y los montos deducibles al momento de la prestación del servicio.
- Comunicarse con la oficina de facturación si tiene preguntas o dudas sobre su factura.
- Cumplir con sus obligaciones financieras lo antes posible.

Su médico podría tener una participación financiera en Northern Colorado Endoscopy Center.

Aviso sobre las prácticas de privacidad de la ley HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted, y cómo puede acceder a esa información. Revíselo con atención.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) es una ley federal que regula la privacidad de la información de salud personalmente identificable. La ley HIPAA nos exige notificarle sobre la disponibilidad de nuestro "Aviso sobre las prácticas de privacidad".

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad y deberes legales, así como sus derechos respecto de su información de salud protegida (PHI), e incluye provisiones descritas en la Regla Ómnibus Final de la ley HIPAA de 2013.

Su información de salud protegida.

Podemos recopilar, usar y compartir su PHI para lo siguiente:

Pagos: usamos y compartimos la PHI para gestionar su cuenta o sus beneficios, y para obtener reembolsos por los servicios de atención médica que brindamos.

Operaciones de atención médica: usamos y compartimos la PHI para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar la PHI para revisar la calidad de la atención y de los servicios que recibe.

Actividades de tratamiento: usamos y compartimos la PHI para garantizar que usted reciba el tratamiento que necesita.

Para usted: debemos darle acceso a su propia PHI. Podemos enviarle recordatorios sobre la atención de seguimiento necesaria.

Para los demás: usted puede autorizar por escrito que le facilitemos su PHI a otra persona por cualquier motivo. Además, si usted está presente y lo autoriza, podemos facilitarle su PHI a un familiar, a un amigo o a otra persona. Lo haríamos si eso estuviese relacionado con su tratamiento actual o con el pago de su tratamiento. Si usted no está presente, si se trata de una emergencia o si usted no es capaz de autorizarnos, podemos facilitarle su PHI a un familiar, a un amigo o a otra persona, si este uso compartido fuera para su propio beneficio.

Para recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad: puede comunicarse con la Oficina de Privacidad al (970) 573-7555. **Quejas:** si cree que no hemos protegido su privacidad, puede presentarnos una queja. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja.

Según lo permita o lo exija la ley: también podemos compartir su PHI, según lo permita la ley federal, para diversos tipos de actividades. La PHI se puede compartir para actividades de supervisión de salud. También se puede compartir para procedimientos judiciales o administrativos con las autoridades de salud pública por motivos relacionados con el cumplimiento de la ley, así como con médicos forenses, directores de funerarias o examinadores médicos (en caso de defunción). Asimismo, la PHI se puede compartir con grupos de donación de órganos por diversos motivos, para fines de investigación y para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Se puede compartir para funciones gubernamentales especiales, por motivos relacionados con la compensación para trabajadores (Workers' Compensation), para responder a solicitudes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y para alertar a las autoridades correspondientes si creemos, en un nivel razonable, que usted podría ser víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos. La PHI también se puede utilizar para notificar a la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. respecto de dispositivos médicos que se rompen o no funcionan bien.

Autorización: obtendremos su permiso por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier otro motivo no especificado en este aviso. Puede retirar su autorización, por escrito, en cualquier momento. En ese caso, dejaremos de usar su PHI con ese propósito. Si ya hemos usado o compartido su PHI basándonos en su autorización, no podremos deshacer las acciones que hayamos llevado adelante antes de que usted retirara su autorización.

Cómo protegemos la información. Nos esforzamos por proteger su PHI, por lo que hemos establecido diversas políticas y prácticas para asegurarnos de que su PHI se mantenga a salvo.

Mantenemos segura su PHI oral, escrita y electrónica usando medios físicos, electrónicos y procedimentales. Estas salvaguardas respetan las leyes federales y estatales. Algunas de las maneras en que mantenemos la seguridad de su PHI incluyen contar con oficinas seguras donde se almacena la PHI, computadoras protegidas con contraseña y áreas de almacenamiento y gabinetes con llave. Exigimos a nuestros empleados que protejan la PHI mediante políticas y procedimientos escritos. Estas políticas limitan el acceso a la PHI a aquellos empleados que necesitan la información para hacer su trabajo. Los empleados también deben usar tarjetas de identificación para que las personas no autorizadas no tengan acceso a las áreas donde se guarda la información confidencial.

Sus derechos: Usted puede:

- Recibir una copia de este "Aviso sobre las prácticas de privacidad".
- Solicitar limitaciones en la divulgación de su PHI.
- Recibir acceso para consultar la totalidad o parte de su expediente clínico.
- Recibir una copia impresa o electrónica de su expediente clínico dentro de los 30 días desde su solicitud documentada.
- Solicitar una modificación de su PHI.
- Exigir que su expediente se modifique dentro de los 60 días desde su solicitud.
- Restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud cuando usted paga la totalidad al momento de recibir el servicio.
- Recibir un expediente sobre cómo hemos usado y/o compartido su información de salud.
- Recibir información sobre cómo presentar una queja si cree que hubo un incumplimiento de la privacidad.
- Darse de baja de las campañas de recaudación de fondos (cuando corresponda).

Nosotros:

- No venderemos su PHI.
- Le notificaremos si se produce una violación de su PHI.



NORTHERN COLORADO ENDOSCOPY CENTER

ATTENTION:

If you speak one of the following languages, assistance is available to you free of charge. Please ask for assistance from a staff member.

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Pida asistencia de un empleado.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

Amharic: ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます

Cushite: XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama

Persian (Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با

Ibo: Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na