



AD2N545



SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AL PLAN DE SALUD – PAGO COMPLETO

(REQUEST TO RESTRICT DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO HEALTH PLAN – PAY IN FULL)

Tiene derecho a solicitar una restricción (límite) en la divulgación de su información médica protegida (PHI) a un plan de salud/compañía de seguros u otro tercero pagador, como la compensación laboral (“pagador”).

Stony Brook University Hospital (incluidas todas las instalaciones de Stony Brook University Hospital) tiene la obligación de respetar esta solicitud si la PHI está relacionada con servicios para los que usted o alguien que no sea el pagador para el que solicita la restricción, como un amigo o familiar, paga de su bolsillo el **costo completo de los servicios**.

Stony Brook University Hospital **no tiene la obligación** de respetar su solicitud si los servicios **no se pagan en su totalidad**, tal como se describe en este formulario. Si no garantiza el pago completo de los servicios por medio de usted u otra persona que no sea el pagador para el que solicita la restricción, como un amigo o familiar, es posible que presentemos un reclamo a su pagador o iniciemos otras acciones con fines de cobro. Esto significa que si el pago completo no se acredita por alguna razón, por ejemplo, el cheque es rechazado o se deniega su pago con tarjeta de crédito, nos comunicaremos con su seguro/plan de salud o con otro tercero pagador para solicitar un reembolso.

Stony Brook University Hospital no puede respetar una solicitud de restringir la divulgación de su PHI a un pagador al que se le solicitará que pague una parte de su factura.

Esta restricción para las fechas de servicio solicitadas no tiene vencimiento. Sin embargo, es posible que luego de que Stony Brook University Hospital haya aceptado una restricción, pierda vigencia (termine) si:

- Usted envía una solicitud por escrito para poner fin a la restricción. (Incluya una copia del formulario de solicitud original o, en su solicitud por escrito, incluya la fecha del servicio correspondiente a la restricción solicitada, el nombre del paciente y la fecha de nacimiento).

Envíe su solicitud por escrito o comuníquese con la instalación que le proporcionó los servicios.

Stony Brook University Hospital
HIPAA Privacy Office
7 Flower Field, Suite 36
Saint James, NY 11780-1514
O bien, envíe un correo electrónico a: HIPAA@stonybrookmedicine.edu

Stony Brook Southampton Hospital
Patient Access, Quality Assurance
240 Meeting House Lane
Southampton, NY 11968
O bien, envíe un correo electrónico a: SBSH_PatientAccessQA@stonybrookmedicine.edu

Stony Brook Eastern Long Island Hospital
Financial Services
200 Rogers Way, Suite A
Westhampton Beach, NY 11978
O bien, llame al: 631-477-6555

* Una vez recibida, Stony Brook University Hospital le informará por escrito que su solicitud de restricción ha terminado. Espere tres días hábiles para que su solicitud de restricción termine.

Si usted opta por poner fin a la restricción y que se le facturen los servicios a su pagador, usted será responsable de cualquier copago, deducible o demás cargos por servicios que su pagador no cubra. El hecho de que ponga fin a su restricción no significa que su pagador pagará por los servicios. Por ejemplo, si usted no obtuvo autorización previa y el servicio/los servicios que recibió requerían autorización previa o si usted cancela la restricción después de la fecha límite establecida por su pagador y su pagador no pagará, usted es responsable de pagar cualquier cargo no cubierto por su pagador.



AD2N545



SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AL PLAN DE SALUD – PAGO COMPLETO

(REQUEST TO RESTRICT DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO HEALTH PLAN – PAY IN FULL)

Solicito una restricción en la divulgación de información a (nombre del plan de salud/compañía de seguros u otro tercero pagador):

Acepto pagar por completo el/los servicio(s) que figura(n) a continuación y no deseo que se le facturen los cargos correspondientes al seguro/plan de salud u otro tercero pagador mencionado anteriormente:

Fecha(s) del/los Servicio(s) (OBLIGATORIO) _____ / _____ / _____ (mm/dd/aaaa)

Servicio(s) (OBLIGATORIO) (Por ejemplo, Análisis de Laboratorio, Procedimiento, Examen Radiológico, Fisioterapia/Terapia Ocupacional)

Entiendo que he recibido una Estimación de Buena Fe (GFE), la cual refleja los costos estimados por los servicios que hoy recibo. En caso de que estos costos estimados no incluyan elementos o servicios que no podrían haberse previsto razonablemente, el costo real por esta visita puede ser significativamente mayor que el costo estimado. Entiendo que seré responsable de pagar cualquier saldo restante identificado facturado en un plazo de 21 días a partir de la recepción de dicha factura. En caso de no hacerlo, entiendo que Stony Brook University Hospital le facturará a mi plan de salud el resto de la factura. Si tengo una pregunta en relación con los costos estimados o deseo asegurarme de que no se le facture(n) el/los servicio(s) indicado(s) anteriormente a mi seguro/plan de salud, puedo comunicarme con un asesor financiero llamando a la instalación en la que recibí los servicios: Stony Brook University Hospital: 631-444-4151; Stony Brook Southampton Hospital: 631-723-2160; Stony Brook Eastern Long Island Hospital: 631-477-5555.

En caso de que no haya una Estimación de Buena Fe, la siguiente estructura de costos estimados se aplicará a los siguientes servicios: \$100.00 por cada análisis de laboratorio; \$300.00 por cada radiografía de diagnóstico; \$2,000.00 por cada resonancia magnética (MRI) o tomografía computarizada (CT scan); \$1,500.00 por cada visita al Departamento de Emergencias y \$5,000.00 por un procedimiento quirúrgico ambulatorio.

Comprendo que si soy paciente de Medicare es posible que se me solicite que complete formularios adicionales. Comprendo que cuando pago un servicio por completo, mi pago no se aplica al deducible o a otras formas de distribución de costos de mi seguro/plan de salud.

También sé que si deseo poner fin a esta restricción, debo hacerlo por escrito y debo presentar la solicitud de finalización por lo menos 3 días hábiles antes de la fecha límite de presentación de reclamos establecida por el plan de salud para que Stony Brook University Hospital intente facturarle a este.

Stony Brook University Hospital continuará compartiendo información de salud con otros proveedores de atención de salud. Comprendo que soy responsable de notificar a todos los demás proveedores (médicos, laboratorios, establecimientos radiológicos, terapeutas, farmacéuticos, etc.) que no divulguen mi información de salud relacionada con estos servicios a mi seguro/plan de salud o a otro tercero pagador.

Tenga en cuenta que si necesita seguimiento médico relacionado con el servicio que no se divulgó y decide no pagar ese seguimiento en el momento en que lo recibe, es posible que debamos informar a su pagador sobre el servicio no divulgado anteriormente para recibir el pago por el seguimiento. Además, la atención que se le brinde en relación con este servicio no divulgado puede formar parte de su historial clínico y puede incluirse en los registros médicos para futuras visitas, y podría compartirse con su pagador si usted no desea pagar de su bolsillo por esos servicios.

He leído y acepto la información que figura en este formulario de solicitud:

Firma del paciente o del representante legal autorizado
(si el paciente es menor o no puede firmar)
(Signature of Patient or Legally Authorized Representative
(if patient is a minor or unable to sign))

Fecha (mm/dd/aaaa)
Date (mm/dd/yyyy)

Hora
Time

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legalmente autorizado
(Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative)

Relación con el paciente
(Relationship to the Patient)

(Por ejemplo, cónyuge, padre, madre, pariente cercano, tutor legal, apoderado para la Atención Médica/DPOA para la Atención Médica)



AD2N545



SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AL PLAN DE SALUD – PAGO COMPLETO

(REQUEST TO RESTRICT DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO HEALTH PLAN – PAY IN FULL)

Documentation of Interpreter or Special Assistance

An interpreter or special assistance was used to obtain consent from this patient as follows:

Interpreter: _____

Vendor Interpreter ID#: _____

Special Assistance: _____

Patient Declined or Refused Interpreter Services: Yes No Reason: _____

Consentimiento verbal

Cuando se presta consentimiento verbal, ya sea por teléfono o en persona, la persona que da el consentimiento/ acuerdo/reconocimiento o rechazo debe indicar claramente su nombre, fecha de nacimiento y relación con el paciente. Esto queda claramente documentado en el formulario general de consentimiento y acuerdos.

Yo, _____, confirmo que mi nombre está escrito correctamente. Mi dirección es _____,
(Nombre) *(Dirección postal)*

(Ciudad, pueblo, aldea)

Mi número de teléfono es _____, mi fecha de nacimiento es _____,

y mi relación con el paciente es _____.

Further, all verbal consent, by telephone and in person, is witnessed by two employees working at any of the campus locations of Stony Brook Hospital.

Además, dos empleados que trabajan en cualquiera de las instalaciones de Stony Brook Hospital actúan como testigos de todos los consentimientos verbales, ya sea en forma telefónica o presencial.

Print Name of Witness 1
Nombre del testigo 1 en letra de imprenta

Signature of Witness 1
Firma del testigo 1

Date
Fecha

Time
Hora

Print Name of Witness 2
Nombre del testigo 2 en letra de imprenta

Signature of Witness 2
Firma del testigo 2

Date
Fecha

Time
Hora