

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO

*Si está viendo este documento electrónicamente, puede ir directamente a un documento haciendo clic en el título del documento en el índice de abajo.

Índice

<i>¿NECESITA UN INTÉRPRETE?.....</i>	<i>2</i>
<i>CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS....</i>	<i>3</i>
<i>USO DE HERRAMIENTAS DE TRANSCRIPCIÓN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL (AI)..</i>	<i>4</i>
<i>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.....</i>	<i>6</i>
<i>AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA.....</i>	<i>9</i>
<i>CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE NO DISCRIMINACIÓN.....</i>	<i>14</i>
<i>CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD.....</i>	<i>15</i>
<i>CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA REPORTAR CONDICIONES MÉDICAS QUE AFECTAN LA SEGURIDAD AL CONDUCIR</i>	<i>18</i>
<i>FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA DEL PACIENTE.....</i>	<i>20</i>
<i>OTRA INFORMACIÓN</i>	<i>22</i>

¿NECESITA UN INTÉRPRETE?

English

Need an Interpreter? You have the right to an interpreter for your visit. If you need one, please call (718) 540-8682.

Russian (Русский)

Нужен переводчик? Вы имеете право на переводчика во время вашего визита. Если вам нужен переводчик, пожалуйста, позвоните по телефону (718) 540-8682.

French (Français)

Besoin d'un interprète ? Vous avez le droit à un interprète pour votre visite. Si vous en avez besoin, veuillez appeler le (718) 540-8682.

Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen)

Èske ou bezwen yon entèprèt? Ou gen dwa pou resevwa yon entèprèt pandan vizit ou. Si ou bezwen youn, tanpri rele (718) 540-8682.

Urdu (اردو)

کیا آپ کو مترجم کی ضرورت ہے؟ آپ کو اپنے دورے کے دوران مترجم کا حق حاصل ہے۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہو تو براہ کرم (718) 540-8682 پر کال کریں۔

Simplified Chinese 简体中文

需要口译员吗？您有权在就诊期间获得口译服务。如需帮助，请致电 (718) 540-8682。

Arabic (العربية)

. هل تحتاج إلى مترجم؟ لديك الحق في الحصول على مترجم أثناء زيارتك. إذا كنت بحاجة إلى مترجم، يرجى الاتصال على الرقم (718) 540-8682.

Nepali (नेपाली)

के तपाईंलाई दोभाषेको आवश्यकता छ? तपाईंको भ्रमणको क्रममा दोभाषे पाउने अधिकार तपाईंलाई छ। यदि आवश्यक छ भने, कृपया (718) 540-8682 मा फोन गर्नुहोस्।

Hindi (हिन्दी)

क्या आपको दुभाषिए की आवश्यकता है? आपकी यात्रा के दौरान दुभाषिया पाने का आपको अधिकार है। यदि आपको दुभाषिए की आवश्यकता हो, तो कृपया (718) 540-8682 पर कॉल करें।

Spanish (Español)

¿Necesita un intérprete? Usted tiene derecho a un intérprete durante su visita. Si necesita uno, por favor llame al (718) 540-8682.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y CONFIRMAR SERVICIOS

Este formulario da el consentimiento para la atención médica y la participación en los servicios médicos que **Akido Medical** presta. Estos servicios pueden incluir revisiones de bienestar, coordinación de la atención de seguimiento, evaluaciones y remisiones a proveedores dentro de la red o en la comunidad.

Consentimiento para el tratamiento médico

Consiento voluntariamente recibir servicios de atención médica que **Akido Medical** preste o coordine. Estos servicios pueden incluir, entre otros:

- Consultas en persona o por telesalud
- Toma de signos vitales y evaluaciones médicas
- Revisión de medicamentos, pruebas de laboratorio o preocupaciones médicas recientes
- Remisión a otros proveedores o servicios autorizados, según corresponda
- Coordinación de atención con mis proveedores actuales (si corresponde)

Entiendo que puedo elegir no participar en ninguna parte del examen o tratamiento y que puedo hacer preguntas en cualquier momento.

Limitaciones y atención de emergencia

Entiendo que **Akido Medical** no ofrece atención de emergencia ni servicios 24/7. Si tengo una emergencia médica, llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana.

Coordinación de la comunicación y la atención

Entiendo que mi información médica se puede compartir con otros profesionales u organizaciones de atención médica (p. ej., especialistas, atención de urgencias, proveedores de atención primaria) que participan en mi atención, en cumplimiento con la HIPAA y las leyes de privacidad aplicables. Esto puede incluir remisiones o comunicación para asegurar que reciba los servicios de seguimiento o especializados que necesito.

Si ya tengo un proveedor de atención primaria, entiendo que **Akido Medical** buscará coordinar la atención sin reemplazar ni interferir con mi relación continua con mi proveedor.

USO DE HERRAMIENTAS DE TRANSCRIPCIÓN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL (AI)

Queremos ser transparentes sobre cómo usamos su información médica protegida, también llamada “PHI”. Este consentimiento explica cómo Akido Medical (“nosotros”) puede usar servicios de transcripción y herramientas de inteligencia artificial (AI), y cómo protegemos su privacidad.

Uso de la AI en su atención:

- A veces transcribimos conversaciones (palabras habladas) durante su atención y las convertimos en notas escritas usando servicios de transcripción y herramientas de AI.
- También podemos usar herramientas de AI para ayudar a resumir, analizar o ayudar a manejar su expediente médico.
- Nuestro objetivo es mejorar la atención, hacer que la documentación sea más precisa y simplificar las operaciones

Cómo se puede usar su información médica:

Nosotros, o nuestros socios comerciales (proveedores o contratistas) con contrato, podemos usar o compartir su información médica protegida (PHI), para:

- **Tratamiento** — para ayudar a su proveedor a prestarle atención;
- **Pago** — para ayudar con la facturación, los seguros o los reclamos;
- **Operaciones de atención médica** — para mejorar nuestros servicios, auditorías, capacitación del personal, control de calidad, manejo de riesgos y administración.

Además, su PHI se puede usar para entrenar, mejorar o perfeccionar sistemas de AI (nuestros o de nuestros socios comerciales). Esto significa que sus datos ayudan a la AI a “aprender” patrones para mejorar con el tiempo (incluyendo, por ejemplo: mejorar la precisión de la transcripción, apoyo en decisiones clínicas, desarrollo de nuevas tecnologías de atención médica, análisis de tendencias y resultados de salud poblacional, y apoyo a iniciativas de mejora de calidad y seguridad que pueden beneficiar a otros pacientes).

No haremos lo siguiente:

- No permitiremos que la AI tome decisiones médicas finales. Su proveedor de atención médica revisará todas las notas clínicas preliminares y recomendaciones, y tomará la decisión final sobre su diagnóstico y tratamiento.
- No usaremos ni compartiremos su PHI para marketing ni la venderemos a terceros sin su autorización explícita por escrito.
- No guardaremos las grabaciones de voz de sus conversaciones con su proveedor de atención médica; solo se guardará la transcripción de su conversación.

Confidencialidad y privacidad de los datos:

- Cumplimos la HIPAA, que exige protecciones, límites en el uso/revelación, y su derecho a acceder, corregir y obtener un registro de revelaciones de su PHI.
- Nuestros socios comerciales deben aceptar (por contrato) cumplir estas mismas protecciones de privacidad y seguridad.

Sus derechos:

- Usted tiene derecho a hacer preguntas sobre cómo funcionan los sistemas de transcripción y de AI y cómo se pueden usar en su atención.
- Usted tiene el derecho de rechazar el uso de tecnología de transcripción y AI en su diagnóstico y tratamiento. Si usted rechaza, podemos limitar o no usar ciertas herramientas de AI o transcripción, aunque su atención médica continuará.
- Usted puede retirar su consentimiento para el futuro en cualquier momento. Si decide hacerlo, informe a su proveedor de atención médica. Le daremos un formulario para completar. Tenga en cuenta que retirar su consentimiento no afectará los datos que ya se hayan usado según este consentimiento antes de que usted lo retire.

Reconocimiento y consentimiento

Firmando abajo:

- Usted confirma que leyó (o que le han leído) este formulario de consentimiento y que lo entiende.
- Usted acepta que su PHI puede usarse con herramientas de transcripción y de AI, incluyendo para: entrenamiento y mejora que pueden beneficiar a otros pacientes, investigación médica, análisis médico de la población o iniciativas para mejorar la calidad de la atención médica, por nosotros y por nuestros socios comerciales.
- Usted comprende sus derechos y que dar su consentimiento es voluntario.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Derechos del paciente

Usted tiene el derecho a:

1. Recibir atención considerada y respetuosa, y a sentirse cómodo. Usted tiene derecho a que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
2. Que avisen de inmediato a un familiar (u otro representante que usted elija) y a su propio médico si lo ingresan al hospital.
3. Conocer el nombre del proveedor de atención médica autorizado que, en el alcance de su acreditación profesional, tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención, y los nombres y las relaciones profesionales de los otros médicos y no médicos que lo atenderán.
4. Recibir información sobre su estado médico, diagnóstico, pronóstico, curso del tratamiento, perspectivas de recuperación y resultados de la atención (incluyendo los resultados imprevistos) en términos que usted pueda entender. Usted tiene derecho a una comunicación eficaz y a participar en la elaboración y aplicación de su plan de atención. Usted tiene derecho a participar en las cuestiones éticas que surjan durante su atención, incluyendo los temas de resolución de conflictos, la suspensión de los servicios de reanimación y la renuncia o retiro del tratamiento de soporte vital.
5. Tomar decisiones sobre su atención médica y recibir toda la información que necesite sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto para dar su consentimiento informado o para rechazar un curso de tratamiento. Excepto en emergencias, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos que implica, los cursos alternativos de tratamiento o la ausencia de tratamiento y el riesgo que implica cada uno, y el nombre de la persona que hará el procedimiento o tratamiento.
6. Solicitar o rechazar tratamiento, en la medida en que la ley lo permita. Sin embargo, usted no tiene derecho a exigir tratamientos o servicios inapropiados o médicamente innecesarios.
7. Recibir aviso si el proveedor de atención médica, en el alcance de su acreditación profesional, propone hacer o participar en experimentación con seres humanos que afecte su atención o tratamiento. Usted tiene derecho a negarse a participar en dichos proyectos de investigación.
8. Recibir respuestas razonables a cualquier solicitud razonable que usted haga.
9. Recibir una evaluación y un manejo adecuados de su dolor, información sobre el dolor y las medidas para aliviarlo, y participar en las decisiones sobre el manejo del dolor. Usted puede solicitar o rechazar el uso de cualquiera de las modalidades para aliviar el dolor, o de todas ellas, incluyendo los medicamentos opioides, si sufre de dolor crónico intenso e incurable. El médico puede negarse a recetar el medicamento opioide, pero, de ser así, debe informarle que existen médicos especializados en el tratamiento del dolor crónico intenso con métodos que incluyen el uso de opioides.
10. Formular directivas anticipadas. Esto incluye designar a una persona que tome las decisiones si usted queda incapacitado para entender un tratamiento propuesto o no puede comunicar sus deseos sobre su atención. Nuestros proveedores que prestan atención deben cumplir estas directivas. Todos los derechos del paciente corresponden a la persona que tenga la responsabilidad legal de tomar las decisiones sobre la atención médica en su nombre.
11. Que se respete su privacidad personal. Las conversaciones del caso, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben hacerse con discreción. Usted tiene derecho a que le informen los motivos de la presencia de cualquier persona. Usted tiene derecho a que las visitas se vayan antes de un examen y cuando se hable de asuntos del tratamiento.

12. Recibir un trato confidencial de todas las comunicaciones y los registros relacionados con su atención y estancia en el centro médico. Usted recibirá un “Aviso de prácticas de privacidad” por separado que explica en detalle sus derechos de privacidad y cómo podemos usar y revelar su información médica protegida.
13. Recibir atención en un entorno seguro, libre de abuso mental, físico, sexual o verbal, negligencia y de explotación o acoso. Usted tiene derecho a acceder a servicios de protección y defensa, incluyendo avisar a las agencias gubernamentales sobre negligencia o abuso.
14. Estar libre de restricciones y aislamiento de cualquier tipo que se usen como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia del personal.
15. Recibir una continuidad razonable de la atención y conocer con antelación la hora y el lugar de las citas, y la identidad de las personas que prestan la atención.
16. Revisar y recibir una explicación de su factura, sin importar la fuente de pago.
17. Ejercer estos derechos sin distinción de sexo, situación económica, formación académica, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, orientación sexual, identidad/expresión de género, discapacidad, condición médica, estado civil, edad, condición de pareja doméstica registrada, información genética, ciudadanía, idioma principal, estatus migratorio (excepto cuando la ley federal lo exija) o la fuente de pago de la atención.
18. Presentar una queja formal. Si quiere presentarnos una queja formal, puede hacerlo por escrito o llamando a Servicios para pacientes de **Akido Medical** al (718) 540-8682. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día laborable. La llamada es gratis.
19. Presentar una queja ante la Junta Médica de Nueva York independientemente de si usa nuestro proceso de quejas formales. Puede presentar una queja aquí: <https://www.op.nysed.gov/>

Responsabilidades del paciente

Usted tiene la responsabilidad de:

1. Dar información precisa y lo más completa posible sobre sus problemas médicos actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
2. Informar a sus proveedores médicos sobre cualquier cambio inesperado en su condición médica.
3. Informar a su médico o al personal cuando usted no entienda un plan de tratamiento propuesto y lo que se espera de usted.
4. Colaborar con el plan de tratamiento acordado que recomiende su médico y seguir las instrucciones de sus médicos y del personal médico.
5. Acudir a las citas en la medida de lo posible o avisarnos cuando no pueda hacerlo.
6. Aceptar las consecuencias de cualquier rechazo de tratamiento, después de haber conversado a fondo el plan de tratamiento con su médico y de haber entendido las posibles consecuencias de rechazarlo.
7. Dar la información económica necesaria para calificar para los beneficios de atención médica.
8. Solicitar información o educación médica cuando lo necesite.
9. Ser considerado y respetuoso con los derechos y la propiedad de los demás pacientes.
10. Se espera que los pacientes siempre se comporten de manera respetuosa; no se tolerará ninguna forma de violencia, amenazas o comportamiento inapropiado y puede resultar en la expulsión inmediata de las instalaciones y posible exclusión del consultorio médico.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SEGÚN LA HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Léalo despacio.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico:

1. Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
2. Le daremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general en el plazo de 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.

Pedirnos que corrijamos su expediente médico:

1. Usted puede pedirnos que corrijamos su información médica que crea que es incorrecta o que está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
2. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en el plazo de 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales:

1. Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que enviemos el correo a otra dirección.
2. Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos:

1. Usted puede pedir que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago u operaciones.
2. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectara su atención.
3. Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedir que no compartamos esa información con su aseguradora para pago u operaciones.
4. Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de las personas con quienes compartimos información:

1. Usted puede pedir una lista (registro) de las veces que compartimos su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
2. Incluiremos todas las revelaciones excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras revelaciones (como las que usted nos haya pedido hacer). Daremos un registro por año sin costo, pero cobraremos un cargo razonable basado en el costo si pide otra en el plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad:

1. Usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Le daremos una copia impresa de inmediato.

Elegir a alguien que actúe por usted:

1. Si usted le dio a alguien un poder o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
2. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos:

1. Usted puede presentar una queja si cree que infrinjamos sus derechos comunicándose con nosotros usando la información de la última página.
2. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
3. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS ELECCIONES

Para cierta información médica, usted puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen abajo, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

1. Nos comuniquemos con usted por el método que prefiera. Entienda que ciertos métodos de comunicación, como el correo electrónico, pueden implicar riesgos de seguridad (por ejemplo, interceptación o acceso no autorizado).
2. Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en su atención.
3. Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
4. Incluyamos su información en un directorio
Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inmediata para la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

1. Propósitos de marketing
2. Venta de su información
3. La mayoría de los casos de compartir notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

1. Podemos comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no volvamos a contactarlo.

NUESTROS USOS Y REVELACIONES

¿Cómo usamos normalmente su información?

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

1. **Para darle tratamiento:** Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

2. **Para administrar nuestra organización:** Podemos usar y compartir su información médica para manejar nuestro consultorio médico, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: Usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.
3. **Para facturar sus servicios:** Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de los planes médicos u otras entidades.
Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

OTROS USOS

¿De qué otras maneras podemos compartir su información?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con temas de salud y seguridad pública:

1. Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones como:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con retiros de productos
 - Reportar reacciones adversas a medicamentos
 - Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de alguien

Hacer investigación:

1. Podemos usar o compartir su información médica para fines de investigación.

Cumplir la ley:

1. Compartiremos su información si la ley estatal o federal lo exige, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si este quiere verificar que estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos:

1. Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un examinador médico o el director de una funeraria:

1. Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de una funeraria cuando una persona muere.

Tratar solicitudes de compensación de los trabajadores, las fuerzas del orden público y otras solicitudes del gobierno:

1. Podemos usar o compartir su información médica:
 - Para reclamos de compensación de los trabajadores
 - Para fines de cumplimiento de la ley o con las fuerzas del orden público
 - Con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno, como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales:

1. Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

PHI sin identificación:

1. Podemos eliminar información que lo identifique de su PHI. Esto significa que quitamos cualquier dato que pueda identificarlo. Los datos sin identificación no están sujetos a este Aviso.

Registros de trastornos por consumo de sustancias:

1. Los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD) se pueden usar y revelar para tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permita la ley. No se pueden usar ni revelar en procesos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, ni para fines de cumplimiento de la ley, sin su autorización específica o salvo que la ley lo permita expresamente.

Herramientas de inteligencia artificial (AI):

1. Podemos usar su información personal para fines de inteligencia artificial y aprendizaje automático para apoyar el tratamiento de pacientes y nuestras operaciones de atención médica.

Venta del comédico:

1. Si este consultorio médico se vende o se fusiona con otra organización, su información médica (su expediente) se transferirá al nuevo propietario. Usted mantendrá el derecho de pedir copias de su expediente o pedir que se envíen copias a otro médico o grupo de médicos.

Intercambios de información médica:

1. Podemos participar en intercambios estatales o privados de información médica diseñados para mejorar la calidad de la atención médica ayudando el intercambio seguro de información médica electrónica entre varios proveedores de atención u otras entidades de salud. Estos intercambios contribuyen a lograr mejores resultados de atención médica y mejor coordinación de la atención para nuestros pacientes, incluyendo en situaciones de emergencia. Esto significa que podemos compartir información que obtenemos o creamos sobre usted con otras entidades o proveedor de atención médica (como hospitales, consultorios médicos, farmacias o aseguradoras), o podemos recibir información que ellos obtienen o crean sobre usted (como historia de medicamentos, historia médica o información de seguros).

Para obtener más información sobre cualquier intercambio estatal o privado de información médica en el que podamos participar, o si quiere información sobre cómo excluirse de estos intercambios, envíe un correo electrónico compliance@akidolabs.com

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una vulneración que pueda haber puesto en riesgo la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la descrita aquí a menos que usted nos dé permiso por escrito. Si nos da permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios en los términos de este Aviso: Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a Akido Medical, a todas sus ubicaciones y oficinas, y a los socios comerciales con los que Akido Medical tenga un contrato para prestar servicios administrativos u operativos.

Este aviso se aplica a toda información médica protegida, incluyendo, entre otros, la información obtenida mediante nuestro proceso de transcripción de voz a texto y servicios de seguimiento de ubicación.

Directora de Privacidad: Candace Bonnis, CHC, CHPC
Teléfono: (213) 348-6051

Correo electrónico: compliance@akidolabs.com

Este Aviso es válido desde el 1 de febrero de 2026

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE NO DISCRIMINACIÓN

Akido Medical cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Akido Medical, PLLC no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Akido Medical:

- Presta ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes de lengua de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Presta servicios del lenguaje gratis a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Pacientes de Akido Medical al (718) 540-8682 de 9 a. m. a 5 p. m., hora del Este, de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día laborable. La llamada es gratis.

Si usted considera que Akido Medical no le prestó estos servicios o que lo discriminó de alguna otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al teléfono que aparece arriba e indicando que necesita ayuda para presentar una queja formal. Los Servicios para Pacientes de Akido Medical están disponibles para ayudarlo.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697). Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas seguras, tecnología de la información u otros medios que permiten que un proveedor de atención médica y un paciente que están en lugares distintos se comuniquen y compartan información médica individual del paciente para prestar atención clínica. Este “Consentimiento informado para telesalud” le informa al paciente (“paciente”, “usted” o “su”) sobre los métodos, los riesgos y las limitaciones del uso de una plataforma de telesalud.

Servicios prestados

Los servicios de telesalud que ofrecen **Akido Medical** y los proveedores afiliados de **Akido Medical** (sus “Proveedores” o su “Proveedor”) pueden incluir una consulta con el paciente, un diagnóstico, una recomendación de tratamiento, una receta o una remisión a atención en persona, según se determine clínicamente apropiado (los “Servicios”).

Akido Labs, Inc. no presta los Servicios; es un socio comercial de **Akido Medical** y hace actividades administrativas, de pago y otras actividades de apoyo para **Akido Medical** y sus Proveedores.

Transmisiones electrónicas

Los tipos de transmisiones electrónicas que pueden ocurrir mediante la plataforma de telesalud incluyen, entre otros:

- Programación de citas
- Completar, intercambiar y revisar formularios de admisión médica y otra información clínicamente pertinente (por ejemplo: expediente médico; imágenes; datos provenientes de dispositivos médicos; archivos de sonido y video; resultados de pruebas de diagnóstico o de laboratorio) entre usted y su Proveedor mediante:
 - comunicaciones asíncronas
 - audio interactivo bidireccional combinado con comunicaciones de almacenamiento y reenvío; o
 - interacción de audio y video bidireccional e interactiva
- Recomendaciones de tratamiento de su Proveedor, con base en dicha revisión e intercambio de información clínica;
- La entrega de un reporte de consulta con un diagnóstico, recomendaciones de tratamiento o recetas, según se considere clínicamente pertinente;
- Recordatorios de resurtido de recetas (si corresponde); u
- Otras transmisiones electrónicas para prestarle atención clínica.

Beneficios esperados

- Mejor acceso a la atención, ya que le permite permanecer en el lugar que usted prefiera mientras su Proveedor lo atiende.
- Acceso cómodo a la atención de seguimiento.
- Evaluación y manejo de la atención más eficientes.

Limitaciones del servicio

- La principal diferencia entre la telesalud y la prestación directa del servicio en persona es la imposibilidad de tener contacto físico directo con el paciente. Por lo tanto, es posible que algunas necesidades clínicas no sean apropiadas para una visita de telesalud, y su Proveedor lo determinará.
- **NUESTROS PROVEEDORES NO TRATAN EMERGENCIAS MÉDICAS. SI USTED CREE QUE ESTÁ SUFRIENDO UNA EMERGENCIA MÉDICA, DEBE LLAMAR AL 9-1-1 O IR A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA. NO INTENTE COMUNICARSE CON AKIDO LABS, INC., AKIDO MEDICAL O SU PROVEEDOR. DESPUÉS DE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA, DEBE VISITAR A SU PROVEEDOR LOCAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

Medidas de seguridad

Los sistemas de comunicación electrónica que usamos incorporarán protocolos de seguridad de red y de software diseñados para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de las imágenes del paciente, e incluirán medidas diseñadas para resguardar los datos y garantizar su integridad frente a una corrupción intencional o no intencional. Todos los Servicios que se prestan al paciente mediante la telesalud se entregarán por medio de una conexión segura diseñada para cumplir los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”).

Riesgos posibles

- Pueden ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallas en el equipo y la tecnología, o por la disponibilidad del proveedor.
- En caso de que no pueda comunicarse por una falla tecnológica o del equipo, comuníquese con **Akido Medical** al (718) 540-8682 o en careteam@akidolabs.com.
- En casos poco frecuentes, su Proveedor puede determinar que la información transmitida es de calidad insuficiente, lo que hace necesario reprogramar la consulta de telesalud o concertar una cita en persona con su médico local de atención primaria.
- En casos muy poco frecuentes, los protocolos de seguridad pueden fallar y provocar una vulneración de la privacidad de la información médica personal.

Reconocimiento del paciente

Además, reconozco y entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que es posible que se me pida dar mi identificación y confirmar mi ubicación física antes o durante la visita de telesalud.
2. Si estoy sufriendo una emergencia médica, me indicarán que llame de inmediato al 9-1-1, y mi Proveedor no podrá comunicarme directamente con ningún servicio de emergencia local.
3. Tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento al uso de la telesalud durante mi atención en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
4. La ley federal y estatal exige que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y la seguridad de la información médica. Tengo derecho a todas las protecciones de confidencialidad según las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que todos los reportes médicos que resulten de la visita de telesalud son parte de mi expediente médico.
5. **Akido Medical** tomará medidas para asegurarse de que mi información médica no la vea nadie que no deba verla. La telesalud puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros proveedores de atención médica que pueden estar situados en otras áreas, incluso fuera del estado. Doy mi consentimiento para que **Akido Medical** use y revele mi información médica con fines de mi tratamiento (por ejemplo, información de recetas) y coordinación de la atención, para recibir el reembolso por los servicios prestados y para las operaciones de atención médica de **Akido Medical**.
6. La difusión de cualquier imagen o información que identifique al paciente, proveniente de la visita de telesalud, hacia investigadores u otras entidades educativas no ocurrirá sin mi consentimiento, excepto que la ley estatal o federal lo autorice.
7. Existe un riesgo de fallas técnicas durante la visita de telesalud que están fuera del control de **Akido Medical**.
8. Al elegir participar en una visita de telesalud, entiendo que algunas partes de los Servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio o de sangre) pueden hacerse en otro lugar, como un centro de pruebas, por indicación de mi Proveedor.
9. Durante la visita de telesalud pueden estar presentes personas distintas de mi Proveedor, que participarán en mi consulta con él, la observarán o la escucharán (por ejemplo, para operar la tecnología de telesalud). Si otra persona está presente durante la visita de telesalud, se me informará sobre su presencia y su función.
10. Mi Proveedor me explicará mi diagnóstico y sus fundamentos probatorios, y los riesgos y los beneficios de las distintas opciones de tratamiento.
11. Entiendo que, al hacer un plan de tratamiento para mí, mi Proveedor revisó mi historia médica y mi información clínica y, según su evaluación profesional, determinó que puede cumplir el mismo estándar de atención que si los servicios de atención médica se prestaran en persona al usar las tecnologías de telesalud seleccionadas, incluyendo, entre otras, la tecnología asincrónica de almacenamiento y reenvío.
12. Tengo derecho a solicitar una copia de mi expediente médico. Puedo solicitar obtener o enviar una copia de mi expediente médico a mi proveedor de atención primaria o a otro proveedor de atención médica designado, comunicándome con **Akido Medical** al (718) 540-8682 o en careteam@akidolabs.com. Me darán una copia a un costo razonable de preparación, envío y entrega.
13. Es necesario que le dé a mi Proveedor un expediente médico completo, preciso y actualizado. Entiendo que puedo acceder a mi información médica, corregirla o modificarla en cualquier momento.
14. No se garantiza que se me emita una receta, y la decisión de si esta es apropiada quedará a criterio profesional de mi Proveedor. Si mi Proveedor emite una receta, tengo derecho a elegir la farmacia de mi preferencia.

15. No se garantiza que me atienda un proveedor de **Akido Medical**. Mi Proveedor se reserva el derecho de denegar la atención por un posible uso indebido de los Servicios o por cualquier otro motivo si, según el criterio profesional de mi Proveedor, la prestación de los Servicios no es apropiada desde el punto de vista médico o ético.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA REPORTAR CONDICIONES MÉDICAS QUE AFECTAN LA SEGURIDAD AL CONDUCIR

Propósito

Como parte de nuestro compromiso con su salud y la seguridad pública, a veces se nos requiere, o estamos éticamente obligados, a reportar ciertas condiciones médicas que pueden afectar su capacidad para conducir de manera segura, como convulsiones, pérdida del conocimiento u otras deficiencias significativas.

Qué cubre este consentimiento

Firmando este formulario, usted le da permiso a Akido Medical para reportar a las autoridades, programas o socios afiliados apropiados cualquier condición médica que pueda afectar su capacidad para operar un vehículo de manera segura. Esto puede incluir:

- Actividad convulsiva o trastornos convulsivos
- Desmayos, desvanecimientos o síncope
- Deficiencia visual o motora significativa
- Otras condiciones que, según el criterio médico, representen un riesgo al conducir

A quién podemos reportar

- Su autoridad de licencias o Departamento de Automóviles (Department of Motor Vehicles) estatal (si corresponde)
- Entidades de salud ocupacional relevantes (por ejemplo, IDG, WBF)
- Su proveedor de atención primaria u otros médicos tratantes (si es relevante y está permitido)

Sus derechos

- Usted tiene el derecho a hacer preguntas y recibir más información sobre lo que podría reportarse.
- Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento presentando una solicitud por escrito, excepto cuando ya se hayan tomado acciones basadas en el consentimiento previo.
- La revocación puede afectar su participación en programas que requieren autorización médica para conducir.

Confidencialidad

Solo se compartirá la información mínima necesaria para garantizar la seguridad y el cumplimiento de los requisitos de salud pública. Este consentimiento no autoriza la revelación de su expediente médico completo.

Reconocimiento y firma

Entiendo y acepto que Akido Medical puede reportar ciertas condiciones médicas que podrían afectar mi capacidad para conducir de manera segura. Entiendo el propósito y los límites de este consentimiento y reconozco que esto se hace para proteger mi seguridad y la de otros en la carretera.

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA DEL PACIENTE

Nos comprometemos a dar la mejor atención médica y la mejor experiencia posibles a nuestros pacientes. Que los pacientes conozcan y entiendan su responsabilidad económica es un componente clave para una experiencia de atención positiva y una relación médico-paciente exitosa.

Servicios no cubiertos: los pacientes son responsables de conocer su cobertura de seguro y de llevar sus tarjetas de seguro a las citas. Conozca los beneficios de su seguro antes de cada visita. Se le pedirá que pague cualquier servicio que su plan del seguro no cubra.

Información correcta del seguro: usted es responsable de proporcionarnos información correcta y actualizada sobre su seguro médico; es su responsabilidad informarnos de inmediato cualquier cambio en su situación de seguro médico. Si tenemos información incorrecta del seguro, se le facturarán a usted directamente los saldos pendientes.

El pago se exige en el momento del servicio: usted es responsable de pagar los deducibles, los copagos, el coseguro y otros gastos de bolsillo que su plan de seguro no cubra en el momento del servicio. Si no podemos verificar su cobertura de seguro, se le pedirá el pago, además de pagos en efectivo y cheques; también aceptamos la mayoría de las tarjetas de débito y crédito principales. Los pacientes que no estén cubiertos con un seguro médico están obligados a pagar los servicios prestados en el momento del servicio.

Cualquier pago recibido se podrá aplicar a las facturas pendientes de las que sea responsable el paciente o el tutor legal/curador. Después de 90 días, todos los saldos asignados como responsabilidad del paciente pueden quedar sujetos a gestiones de cobro.

Tutor legal/curador: el tutor legal del paciente, si es menor de edad, o el curador, si es un adulto incapacitado, es responsable del pago de los copagos, el coseguro, los deducibles y todos los procedimientos o tratamientos que su plan de seguro no cubra.

Citas perdidas: las citas perdidas sin un aviso previo de 24 horas tendrán como consecuencia un cargo de \$50 por cada ocasión, y el paciente puede quedar sujeto a recibir el alta del consultorio médico. Tenga la cortesía de avisarnos con 24 horas de anticipación para reprogramar su cita.

Cargos administrativos: los pacientes pueden tener otros cargos y son responsables de pagarlos, a criterio de Akido Medical. Los cargos pueden incluir, entre otros (y están sujetos a cambios en cualquier momento).

- El cargo por cheques devueltos es de \$25; el cargo por copiar y distribuir los expedientes médicos del paciente es de \$25.
- El cargo por completar formularios, incluyendo, entre otros, los formularios de discapacidad y de la FMLA, es de \$35.
- El cargo por consultas telefónicas extensas o llamadas telefónicas fuera del horario de atención que necesiten un diagnóstico, tratamiento o recetas. Se cobra a criterio del médico.

Autorización del paciente/tutor legal/curador (con mi firma abajo):

Por la presente, autorizo a Akido Medical a revelar todos los expedientes médicos y otra información obtenida durante mi examen o tratamiento a las compañías de seguros necesarias, a los terceros pagadores u otros médicos o entidades de atención médica que estén obligadas a participar durante mi período de atención.

Por la presente, autorizo la cesión de los beneficios económicos directamente a Akido Medical y a las entidades de atención médica asociadas por los servicios prestados, según lo permitan los contratos estándar con terceros. Entiendo que soy responsable económicamente de los cargos que esta cesión no cubra. Entiendo que los saldos de la cuenta que el plan de seguro no pague son responsabilidad del paciente/tutor legal/curador. También entiendo que, si el saldo de la cuenta no se paga en el plazo de 90 días después de la fecha del estado de cuenta final, este puede enviarse a una agencia de cobros.

Autorizo al personal de Akido Medical y de la agencia de cobros a comunicarse con el paciente/tutor legal/curador por correo postal, teléfono (incluyendo teléfono celular) o correo electrónico, según la información de contacto que di en los datos de registro del paciente.

Leí, entiendo y acepto las políticas y disposiciones que se describen en esta política de responsabilidad económica del paciente.

OTRA INFORMACIÓN

Información sobre la licencia y el perfil médico

1. AVISO PARA LOS PACIENTES

Para presentar un reclamo contra un médico o asistente médico en Nueva York, comuníquese con la Oficina de Conducta Médica Profesional (Office of Professional Medical Conduct, OPMC) descargando, completando y enviando por correo el formulario oficial de reclamo (Formulario DOH-3867) al NY State Department of Health, 433 River Street, Suite 1000, Troy, NY 12180. Las quejas deben presentarse por escrito y deben detallar la mala conducta, incluyendo los nombres de los testigos y los documentos de respaldo.

2. La **base de datos de pagos abiertos** es una herramienta federal que se usa para buscar los pagos que las empresas de medicamentos y dispositivos hacen a los médicos y a los hospitales universitarios.

Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de pagos abiertos de los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley federal Sunshine sobre pagos a médicos (Physician Payments Sunshine Act) exige que esté disponible para el público la información detallada sobre los pagos y otros pagos en especie de más de diez dólares (\$10) que los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos hagan a los médicos y a los hospitales universitarios.

Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

PÁGINA DE FIRMA

Confirmando que recibí y leí los documentos del paciente. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y, si las hice, las respondieron a mi entera satisfacción.

Firmando abajo, reconozco que entiendo los documentos del paciente y doy mi consentimiento para los documentos que se listan abajo.

- Consentimiento para tratar y reconocer servicios
- Uso de herramientas de transcripción e inteligencia artificial (AI)
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Aviso de prácticas de privacidad según la HIPAA
- Reconocimiento de consentimiento de no discriminación
- Consentimiento de salud
- Consentimiento del paciente para reportar condiciones médicas que afectan la seguridad al conducir
- Formulario de responsabilidad financiera del paciente

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o representante

Fecha

Relación con el paciente