

## Políticas del Instituto Vascular de Houston

### Políticas Financieras

Usted es financieramente responsable de los servicios médicos que recibe en el Instituto Vascular de Houston, (en adelante, la "Práctica"). Revise cuidadosamente esta Política Financiera y firme el nuevo papeleo del paciente que se le ha proporcionado para indicar su aceptación de los términos de esta Política Financiera.

#### Citas

1. Copagos y Deducibles. Los copagos y deducibles para las visitas a la clínica vencen en el momento del servicio, de acuerdo con el plan de su compañía de seguros. Si no puede realizar su copago en el momento del servicio, la Práctica se reserva el derecho de reprogramar su cita hasta el momento en que pueda realizar su copago.
2. Procedimiento de Prepago. La Práctica puede cobrar su pago por un procedimiento en el momento en que se programe el procedimiento. Su prepago se basa en una estimación de su responsabilidad financiera esperada. Nos reservamos el derecho de reprogramar su procedimiento hasta que se hayan hecho los arreglos de prepago. Usted es responsable de cualquier saldo no pagado después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamo. En caso de pago excesivo, puede solicitar un reembolso.
3. Auto-Pago. Si no tiene seguro médico, o si su seguro médico no pagará por los servicios prestados por la Práctica o si nos notifica que no nos comuniquemos o facture a su compañía de seguros, se le considera un paciente auto pagado. Sus cargos se basarán en nuestro horario de pago por cuenta propia actual (disponible en nuestra recepción). El pago debe abonarse en su totalidad en el momento del servicio.
4. Citas Perdidas y Llegadas Tardías. Se le puede cobrar una tarifa por cada incidente de acuerdo con el Programa de Tarifas Públicas. Estos cargos son su responsabilidad personal y no serán facturados a ninguna compañía de seguros.

#### Pagos de Seguros

1. Responsabilidad Financiera. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es ultimadamente responsable del pago en su totalidad por todos los servicios médicos que se le proporcionen. Cualquier cargo no pagado por su compañía de seguros será su responsabilidad, excepto según lo limitado por el acuerdo de red específico de la Práctica con su compañía de seguros, si dicho acuerdo está en vigor.
2. Cambios de Cobertura y Envío Oportuno. Es su responsabilidad informarnos oportunamente de cualquier cambio en su información de facturación o seguro. Su compañía de seguros establece un plazo dentro del cual la Práctica puede presentar una reclamación en su nombre. Si la Práctica no puede procesar su reclamación dentro de este período debido a que proporciona información de seguro incorrecta o no responde a las consultas de la compañía de seguros, usted será responsable de todos los cargos.

#### Comprensión de los Beneficios del Seguro de Salud

- Copago: Este es el importe que se espera que pague al hacer el registro de entrada para cada cita. Los copagos especializados pueden ser superiores a lo que normalmente pagaría por sus visitas PCP.
- Deducible: Esta es una cantidad designada por su plan que pagará por los servicios cubiertos cada año calendario antes de que su plan de seguro comience a pagar beneficios por ciertos servicios cubiertos. Si usted tiene un deducible quirúrgico, entonces procedimientos como biopsias, congelación, tratamientos de verrugas, etc. pueden aplicarse a su deducible quirúrgico.

- **Co-Seguro:** Este es el porcentaje de la visita o procedimiento del que usted será responsable. Si tiene un deducible además de un Co-Seguro, su deducible primero debe cumplirse antes de que su seguro comience a pagar.

Una vez que su compañía de seguros haya procesado su reclamo, recibirá una factura por cualquier responsabilidad restante del paciente. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, le recomendamos que se ponga en contacto directamente con su compañía de seguros para recibir sus datos específicos de cobertura.

### **Beneficios y Autorización**

1. **Participación en el Plan de Seguros.** La Práctica tiene acuerdos de red específicos con muchas compañías de seguros, pero no todas las compañías de seguros. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros para verificar que su proveedor asignado participa en su plan. El plan de su compañía de seguros puede tener cargos fuera de la red que tienen deducibles y copagos más altos, de los que usted será responsable.
2. **Referencias.** Los requisitos de referencia y autorización previa varían entre las compañías de seguros y los planes. Si su compañía de seguros requiere una referencia para que usted sea visto por la Práctica, es su responsabilidad obtener esta referencia antes de su cita. Aunque, su proveedor de atención médica referido, y la Práctica, están expresamente autorizados a divulgar su Información médica protegida (PHI) para su tratamiento, bajo HIPAA, usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la divulgación de su PHI. Bajo HIPAA, la Práctica no está obligada a estar de acuerdo con usted. Por supuesto, la Práctica informará a su médico remitente de su plan de atención al paciente y progresará ya sea mediante el uso de cualquier máquina de transmisión electrónica segura o por un empleado de la Práctica.
3. **Autorización Previa y Servicios No Cubiertos.** La Práctica puede proporcionar servicios que el plan de su compañía de seguros excluye o requiere autorización previa. La Práctica, como cortesía a nuestros pacientes, hará un esfuerzo de buena fe para determinar si los servicios que ofrecemos están cubiertos por el plan de su compañía de seguros y, si es así, determinar si se requiere autorización previa para el tratamiento. Si se determina que se requiere una autorización previa, intentaremos obtener dicha autorización en su nombre. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que se le proporcionan sean beneficios cubiertos y autorizados por su compañía de seguros.
4. **Pagos Fuera de la Red y Pagos Directos de Aseguradoras.** Usted es personalmente responsable de todos los cargos. Si no formamos parte de la red de su compañía de seguros (fuera de la red) o su compañía de seguros le paga directamente, está obligado a remitir el pago o los ingresos de pago a la Práctica inmediatamente.

### **Saldos y Pagos de Cuentas**

1. **Reasignación de Saldos.** Si su compañía de seguros no paga por los servicios dentro de un plazo razonable, podemos transferir el saldo a su responsabilidad exclusiva. Por favor, haga un seguimiento con su compañía de seguros para resolver problemas de impago. Los saldos vencen dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una declaración inicial.
2. **Cobro de Cuentas Pendientes de Pago.** Si tiene un saldo pendiente de más de 120 días de antigüedad y no ha realizado arreglos de pago (o se ha convertido en moroso en un plan de pago existente), podemos entregar su saldo a una agencia de cobro y/o a un abogado para su cobro. Esto puede resultar en informes adversos a las agencias de crédito y acciones legales adicionales. La Práctica se reserva el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con saldos sobresalientes mayores de 120 días. Usted acepta, con el fin de que podamos dar servicio a nuestra cuenta o cobrar cualquier cantidad que pueda deber, podemos comunicarnos con usted en cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono celular, lo que podría resultar en

cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabado/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcado automático.

3. Cheques Devueltos. Se le puede cobrar por cheques devueltos de acuerdo con el Programa de Tarifas Públicas.
4. Reembolsos. Los reembolsos por sobrepago sólo se procesan después de haber recibido el reembolso completo del seguro de todos los servicios médicos. Favor de ponerse en contacto con el departamento de facturación al 480-626-1746 para presentar una solicitud de reembolso y espere 6 semanas para tramitar su solicitud.
5. Declaraciones. Los cargos mostrados por declaración se acuerdan como correctos y razonables a menos que se proteste por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción.

#### **Tarifas Adicionales**

1. Solicitudes de Recarga de Medicamentos. Todas las solicitudes de recarga de medicamentos deben ser aprobadas por su proveedor. Se puede cobrar una tarifa de acuerdo con el Programa de Tarifas Públicas para cualquiera de las siguientes solicitudes: recetas perdidas; solicitudes urgentes de recarga/visita a la oficina (el mismo día hábil o el siguiente); y recargas procesadas después de una cita perdida.
2. Solicitudes de Registros Médicos. La Regla de Privacidad le permite recibir una copia de sus registros médicos personales, registros de facturación y permite que la Práctica requiera que las personas completen y firmen un Formulario de Autorización para la Divulgación y Publicación de Registros Médicos. Sin embargo, si no puede entrar en una de las clínicas de la Práctica, la Práctica hará todas las adaptaciones para satisfacer su solicitud. Se puede cobrar una tarifa por solicitudes de registros médicos de acuerdo con el Horario de Tarifas Públicas. No hay ningún cargo por transferir una copia de sus registros médicos a un nuevo Proveedor.
3. Otras Formas. La Práctica responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para la finalización de ciertos formularios médicos (FMLA, Incapacidad a Corto Plazo y Permiso de Estacionamiento por Incapacidad Temporal) suponiendo que el paciente esté al día y haya estado activo con la Práctica durante seis (6) meses consecutivos. Otros formularios no enumerados pueden ser considerados para su finalización por la Práctica. En estos casos, la tarifa será determinada por el gerente de práctica. Todas las solicitudes requieren una visita a la oficina.

## **Derechos del Paciente**

Usted tiene derecho a:

1. Ser tratado con dignidad, respeto y consideración. Usted no será objeto de abuso, negligencia, explotación, coacción, manipulación, abuso o agresión sexuales.
2. Ejercer estos derechos sin tener en cuenta el sexo, el estado económico, los antecedentes educativos, la raza, el color, la religión, la ascendencia, el origen nacional, la orientación sexual o el estado civil, o la fuente de pago para la atención, también para la privacidad y el respeto.
3. Reciba atención en un entorno seguro, libre de abuso o agresión mental, física, sexual, verbal, negligencia, explotación o acoso.
4. No debe ser discriminado en función de la raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
5. Estar libre de represalias por presentar una queja al Departamento de Salud o a cualquier otra entidad.
6. Esté libre de restricciones y reclusión de cualquier forma, excepto médicamente necesaria bajo el orden de su médico.
7. Ningún miembro del personal de este centro de tratamiento ambulatorio no acepta indebidamente la propiedad personal o privada.
8. Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las opciones, las fortalezas y las habilidades.
9. Para recibir privacidad en el tratamiento y el cuidado de las necesidades personales. Consideración completa de la privacidad con respecto al plan de atención médica. La consulta, el examen y el tratamiento de los casos son confidenciales y deben llevarse a cabo discretamente.
10. Usted tiene derecho a ser asesorado en cuanto a la razón de la presencia de cualquier individuo.
11. Conocimiento del nombre del centro y médico que tiene la responsabilidad principal de coordinar la atención y los nombres y relaciones profesionales de otros médicos y no médicos que lo verán; y el derecho a cambiar de médico.
12. Reciba información sobre la enfermedad, el curso del tratamiento y las perspectivas de recuperación en términos que pueda entender.
13. Reciba tanta información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto como pueda necesitar para dar su consentimiento informado, o para rechazar este curso de tratamiento. Excepto en situaciones de emergencia, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos involucrados en este tratamiento, cursos alternativos de tratamiento o no tratamiento y los riesgos involucrados en cada uno y conocer el nombre de la persona que llevará a cabo el procedimiento o tratamiento.
14. Participe activamente en las decisiones relativas a la atención médica. En la medida permitida por la ley, esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento.
15. Para revisar a petición, su propio registro médico.
16. Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención y la estancia en el centro. El permiso por escrito se obtendrá antes de que los registros médicos puedan ponerse a disposición de cualquier persona que no esté directamente relacionada con su atención.
17. Respuestas razonables a cualquier solicitud razonable de servicio.
18. Salir de la instalación incluso en contra del consejo de un médico.

19. Continuidad razonable de la atención y saber con anticipación el tiempo y la ubicación de la cita, así como la identidad de las personas que brindan la atención.
20. Tenga en cuenta si el médico del centro propone participar o realizar experimentaciones humanas que afecten la atención o el tratamiento. Usted tiene derecho a negarse a participar en este tipo de proyectos de investigación.
21. Esté informado de los continuos requisitos de atención médica después del alta del centro.
22. Examine y reciba una explicación de la factura independientemente de la fuente de pago.
23. Sepa qué reglas y políticas del centro se aplican a su conducta a un paciente.
24. Que todos los derechos de los pacientes se apliquen a su representante, sustituto o a la persona que pueda tener la responsabilidad legal de tomar decisiones con respecto a la atención médica en su nombre.
25. Tenga en cuenta si su médico tratante no tiene el seguro de responsabilidad civil actual.
26. Con previa solicitud, infórmese del proceso de acreditación médica llevado a cabo en las instalaciones.
27. Un procedimiento de queja está disponible para todos los pacientes y visitantes de la instalación. En el caso de que sienta que no hemos satisfecho sus necesidades, o que tenga alguna queja o inquietud con respecto a su experiencia en las instalaciones, no dude en comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento al 281-767-2580.
28. Otras quejas y agravios deben ser abordadas a: El Defensor del Pueblo Beneficiario de Medicare, <https://es.medicare.gov/claims-appeals/your-medicare-rights/get-help-with-your-rights-protections> (teléfono 1-800-633-4227, Usuarios de TTY 1-877-486-2048) o Departamento de Servicios de Salud de Texas, 1100 West 49th St., Austin, TX 78756-3199, Tel: (513) 776-7111 Tel gratis: (888) 963-7111.

## Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica, relacionada con las drogas o el alcohol sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Favor de revisar cuidadosamente.

Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad y confidencialidad de la información sobre usted, su atención médica y de salud, y el pago de los servicios que le proporcionamos. La información relativa a su atención médica, incluido el pago de su atención, está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA").

### **Sus derechos:**

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

#### **Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico.**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, dentro de los 15 días hábiles posteriores a su solicitud.
- Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

#### **Pídenos que corrijamos tu expediente médico.**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted, que usted cree que es incorrecta o incompleta.
- Podemos decir "No" a su solicitud, pero le diremos por escrito dentro de los 60 días.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales.**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "Sí" a todas las solicitudes razonables.

#### **Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos.**

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que no, si afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos que sí a menos que una ley nos exija compartir esa información.

#### **Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información.**

- Puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis (6) años antes de la fecha en que pregunta, con quién compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las sobre tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas divulgaciones (como cualquier información que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una (1) contabilidad por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de los doce (12) meses.

#### **Obtener una copia de este Aviso de Privacidad.**

- Puede solicitar una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

#### **Elige a alguien que actúe por ti.**

- Si le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar por su cuenta antes de tomar cualquier acción.

#### **Presentar una queja si siente que sus derechos son violados.**

- Usted tiene derecho a quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al 281-767-2580 o enviando una carta a:

**Administrador**  
**Instituto Vascular de Houston**  
**7515 S. Main St. Ste. 100**  
**Houston, TX 77030**  
Correo electrónico: [txprivacyofficer@myvascular.com](mailto:txprivacyofficer@myvascular.com)

- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando:  
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipaahowtofiles.pdf>
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Derecho a recibir un aviso de nosotros si creemos que su información personal de salud ha sido divulgada incorrectamente (a menudo llamada una "violación")

Le notificaremos de acuerdo con las leyes estatales y federales si descubrimos que se ha producido una violación que su información médica protegida ha sido comprometida. Si decidimos que este aviso es necesario, sucederá después de que hagamos una investigación de acuerdo con las leyes estatales y federales.

#### **Sus elecciones**

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Dinos lo que quieres que hagamos, y seguiremos tus instrucciones.

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

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

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

- Fines de marketing
- Venta de su información en el caso de la recaudación de fondos:
  - Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no nos volvamos a contactar con usted.

**Nuestros usos y divulgaciones:** ¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente?

Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/ocr/get-help-in-other-languages/spanish.html>

**Para proporcionarle servicios y tratamiento.**

Sin su consentimiento podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

**Para operar nuestro negocio.**

A veces tenemos acuerdos con otras organizaciones que nos ayudan con los servicios o nos ayudan a dirigir nuestro negocio y nuestros acuerdos nos permiten compartir información. Estos acuerdos cumplen con la ley federal y requieren que estas organizaciones traten la información de la misma manera que nosotros.

**Para facturar por nuestros servicios.**

Sin su consentimiento, podemos usar su información para facturar por nuestros servicios que hemos proporcionado.

**Ayuda con problemas de salud pública y seguridad.**

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar presuntos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

**Investigar, responder a auditorías, investigaciones o evaluaciones.**

Podemos usar o compartir su información para investigación de salud, auditorías, investigaciones o evaluación de nuestra organización.

**Cumplir con la ley.**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.



### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.**

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director funerario**

Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director funerario cuando un paciente muere.

### **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno.**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores.
- A efectos de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Estas reglas generales cambian si su información de salud incluye algo sobre los servicios de tratamiento de abuso de alcohol o drogas, y le informaremos sobre estas diferencias.

### **Responder a demandas y acciones legales.**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Trabajar con un intercambio de información de salud.**

También compartimos información con un intercambio de información de salud ("HIE"). Un HIE es una gran base de datos que nos permite coordinarnos con otros proveedores y mejorar su atención. Hablaremos con usted sobre el HIE, y puede decirnos si no desea que se comparta su información.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información que no sea como se describe aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/understanding-notice-20121115-spn.pdf>

### **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 bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web: [www.myvascular.com](http://www.myvascular.com)

## **Uso de la Política de Medios**

El Instituto Vascular de Houston se involucra activamente con médicos, hospitales y pacientes potenciales sobre el valor de la Radiología Intervencionista como parte de nuestra misión en curso de capacitar y educar sobre alternativas seguras para la atención. Con el fin de hacer esto más eficazmente podemos utilizar imágenes tomadas durante los procedimientos para reflejar casos del mundo real. Estas imágenes siempre se anonimizarán con toda la información de identificación personal eliminada.

### **Nuestra estricta política de uso para proteger a nuestros pacientes significa:**

- Nunca tendremos el nombre de un Paciente, o cualquier otra información identificable del paciente que figure o se almacene con las imágenes.
- Nunca revelaremos la cara de un Paciente, ni incluirán nunca características de identificación o información.

### **Los tipos de imágenes que capturamos:**

- Pueden ser radiografías, ultrasonidos o imágenes fotográficas no identificables.
- Se toman para documentar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

### **Los casos de uso:**

- Puede ser utilizado para medios impresos, visuales o electrónicos, incluyendo, pero no limitado a presentaciones científicas, nuestro sitio web, y con el propósito de informar a la profesión médica o público en general sobre el procedimiento.
- También pueden incluirse en la comercialización en nombre del Instituto Vascular de Houston para mostrar el valor o los tratamientos a los pacientes potenciales.
- Puede ser publicado por el Instituto Vascular de Houston en investigación o paginas blancas.

## **Política de Directivas Anticipadas**

Debido a que el alcance del Instituto Vascular de Houston se limita a los procedimientos quirúrgicos ambulatorios electivos, es la política de esta instalación, que cualquier situación potencialmente mortal que surja será tratada inmediatamente con medidas de soporte vital. Simultáneamente, se activará el sistema médico de emergencia (SME) para el transporte de pacientes de emergencia a un centro hospitalario. El derecho de los pacientes y la necesidad de ser un participante activo en el proceso de toma de decisiones con respecto a su atención es reconocido y respetado. El reconocimiento de esta política no revoca ni invalida ninguna directiva de atención médica actual o poder de abogado de atención médica.

Si tiene una directiva anticipada ejecutada, testamento vital y/o poder notarial, traiga una copia a la instalación el día del tratamiento que se colocará en su expediente médico. Si desea obtener más información sobre las directivas anticipadas, consulte la información a continuación o pregunte a un miembro del personal el día de su tratamiento.

### **Recursos para ayudarle a crear una directiva anticipada:**

Esta página web, alojada por el Registro de Testamento Vital de EE.UU., proporciona una lista estado por estado, con enlaces a sitios web específicos del estado que proporcionan formularios de directiva anticipada gratuitos.

<http://uslwr.com/formslist.shtm>

Esta página web proporcionada por la Asociación Americana de Abogados proporciona un gran kit de herramientas, que contiene una variedad de hojas de trabajo de autoayuda, sugerencias y recursos. Hay 8 herramientas en total, cada una claramente etiquetada y fácil de usar. El kit de herramientas no crea una directiva anticipada formal para usted. En cambio, le ayuda a hacer el trabajo mucho más difícil de descubrir, aclarar y comunicar lo que es importante para usted frente a una enfermedad grave. [https://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/law\\_aging/2020-tool-kit-hcap.pdf](https://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/law_aging/2020-tool-kit-hcap.pdf)