



SYRACUSE
COMMUNITY
HEALTH

Syracuse Community Health Center

Main Clinic/Corporate Office
819 South Salina Street
Syracuse, NY 13202 (315) 476-7921

East Office
1938 E. Fayette Street

West Office
603 Oswego Street

PATIENT REGISTRATION/REGISTRO DE PACIENTES -Spanish

TODAY'S DATE/FECHA DE HOY: ____/____/____ DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Last Name/ Apellido: _____ First Name/Primer Nombre: _____

Middle Name/ Segundo Nombre: _____ SSN Number ----- _____

Address/Dirección: _____ APT: _____

City/ Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip code/Código Postal : _____

Cell phone #/Número de Teléfono Celular: _____ Home phone #/ Número del Teléfono de Casa: _____

E-Mail/ Correo electrónico: _____ @ _____

Marital Status/Estado Civil: Single/Soltero (a) Married/Casado (a) Partner/Unión Libre
 Divorce/Divorciado (a) Widowed/Viudo (a) Other _____

Gender Identity/Genero de Identidad:

Female/Femenino Male/Masculino Transgender (Male->Female)/Transgenero (Masculino>Femenino)
 Transgender (Female->Male)/Transgenero (Femenino>Masculino) Others/Otros

Sexual Orientation/Orientacion Sexual:

Straight/Heterosexual Gay/Lesbian/Gay/ Lesbiana Bisexual/Bisexual Others/Otros Undecided (Don't Know)/Indeciso

Do you need a Translator/Necesita un traductor? Yes/Si No/No

What is your preferred language/Cual es su lenguaje preferido? English/Ingles Spanish/Espanol Other/Otro _____

Emergency contact (other than your phone number listed above)/Contacto de Emergencia (Otro Número de teléfono que es diferente al que usted ha mencionado anteriormente)

Name/ Nombre: _____ Relationship/Relacion: _____ Phone ----- _____

Preferred Pharmacy/ Farmacia Preferida

Walgreens Wegmans Wal-Mart Westside SCHC Other/ Otro _____

Pharmacy Phone/ Número de Teléfono de la farmacia: _____ Pharmacy Zip Code/Código Postal de la Farmacia: _____

Insurance Information/ Información de su Seguro Medico

None/Ninguna Medicaid Medicare CHIP Private insurance/Seguro Privado Market place Other _____

<u>Insurance Name/Nombre del Seguro de Salud</u>	<u>Member ID #/Numero de miembro:</u>	<u>Group Number/ Numero de grupo</u>	<u>Policy Holder's Name/ Beneficiario Primario</u>	<u>Policy Holder's DOB/ Fecha de Nacimiento del Beneficiario</u>

Due to the Privacy Act Bill/ Debido a la Factura de la Ley de Privacidad: If you would like us to disclose any medical information to your family members, you must state their full name and sign below./ Si usted quisiera revelar información médica a miembros de su familia, debe indicar su nombre completo y firmar abajo

Name/Nombre: _____

Phone Number/Número de teléfono: _____

Relationship/Relación: _____

Patient's Signature/Firma del paciente: _____



Demographic Data/ Información Demográfica

Race (Mark all that applies)/Raza (Por favor seleccione todos los que califican):

- American Indian or Alaska Native/Indio Americano o Nativo de Alaska
Asian/Asiático
African-American
Pacific Islanders/Polynesia
White
Native Hawaiian/Hawaiano Nativo
More than one Race/Más de una raz: and/y
Refuse to answer/Me niego a responder

Ethnic Group/Grupo étnico: Hispanic or Latino/Hispano o Latino

Employment Status/Estatus de Empleado:

- Full time/Tiempo completo
Part time/Medio tiempo
Self Employment/ Trabaja por su cuenta
Retired/Retirado
Unemployed/Sin empleo

Student Status/Estatus de estudiante: Full time/Tiempo completo
Part time/Tiempo Medio
Not in School/No estoy estudiando

Are you a U.S. Veteran/Es usted un Veterano de los estados Unidos? Yes/Si No

Are you a Seasonal Farm Worker/Es usted un trabajador agrícola estacional? Yes/Si No

Are you a Migrant Farm Worker/Es usted un trabajador agrícola migrante? Yes/Si No

Are you a Refugee/Es usted un Refugiado? Yes/Si No

Are you a U.S Citizen/Es usted un Ciudadano (a) Americano (a)? Yes/Si No

Are you Pregnant/Está usted embarazada? Yes/Si No (If "Yes" pregnant, do you need help? Yes/Si No)

Are you in Public Housing/Esta usted viviendo en una casa publica? Yes/Si No

Are you homeless/Es usted un desamparado? Yes/Si No

If "Yes", where are you living/Si usted lo es, adonde vive? Shelter/En un refugio Street/En la calle

Transitional Housing/Vivienda de transición Doubling Up/Conjunto Other/Otro

Within the last 12 months, did you worry that your food would run out before you got money to buy more/ En los últimos 12 meses, usted se preocupo de que su comida se iba a terminar antes de que usted obtuviera dinero para comprar más?? Yes/Si No

Do you have any other concerns that impact your health?/¿ Tiene otras preocupaciones que afecten su salud? Yes/Si No
Please list here/Por favor enumere aqui

Federal Poverty Level (FPL) assessment/Evaluación Federal de Nivel de Pobreza.
You may receive a discount if you qualify.

Family Size/Número de miembros en la familia: Total Household Monthly Income/Ingreso Mensuales del hogar: \$
(Yourself, Spouse, & Children/(Usted, esposo (a), e hijos (as))

How did you hear about us?/Como Escucho Acerca De La Clinica

- Family/Friends/Familiar/Amigo
Radio /TV
Community Event/Evento Comunitario
Other

May we send you reminders & health messages via text? (You may opt out anytime by notifying SCHC)
Podemos enviarle recordatorios y mensajes de salud a través de un mensaje de texto?

(Puede optar por no pero por favor notifique al personal de la clínica). Yes/Si No

For Internal Use Only: Date Entered / /

MR# PCP Assigned

Nombre del paciente: _____
(por favor imprimir)

D.O.B.: _____ **MR #** _____

Por la presente autorizo a Syracuse Community Health Center, Inc. a proporcionarme servicios ambulatorios (oa mi hijo si doy mi consentimiento a este acuerdo como padre, padre con custodia o tutor legal de un menor). Por la presente consiento a realización de estudios de diagnóstico, tratamiento médico y servicios de apoyo que se puedan solicitar o realizar por proveedores clínicos autorizados o con licencia, incluidos, entre otros, exámenes de rutina y / o de emergencia y procedimientos, obtención de muestras, inyección de medicamentos e inmunizaciones para mí o para un menor, según ser considerado necesario.

Firma del paciente _____
Padre o tutor legal si el paciente es menor de edad)

Relación con la paciente: _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

Departamento: _____ **Título:** _____

Si este consentimiento / autorización de tratamiento es para otra persona que no sea yo, por la presente autorizo a las siguientes

_____ Nombre	_____ Relación con la paciente	_____ Fecha de nacimiento
------------------------	--	-------------------------------------

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN / REFERENCIA DE CONSULTA /
AUTORIZACIÓN MENOR**

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para el uso de mi información médica (o de la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre, madre con custodia o tutor legal) para tratamiento, pago y atención médica de Syracuse Community Health Center, Inc. (SCHC) (comerciales) y autorizo a SCHC a divulgar cualquier información necesaria con respecto a mi diagnóstico y tratamiento o el del paciente a mi compañía de seguros con respecto a esta y las visitas posteriores a SCHC, así como a proporcionar una copia de mis registros médicos / radiografías / de mi paciente a el proveedor de SCHC u otro proveedor o agencia a la que me puedan referir para consulta. Además, doy mi consentimiento para compartir mi información médica o la del paciente entre SCHC y cualquier otro proveedor o agencia a la que yo o el paciente hayan sido derivados y que estén involucrados o puedan estar potencialmente involucrados en mi atención o la atención del paciente, según sea necesario, para la coordinación y gestión de mis necesidades de atención continua o las del paciente. También autorizo la divulgación de cualquier información de contacto que proporcione a SCHC (incluidos los números de teléfono de casa, trabajo y celular, dirección y dirección de correo electrónico) a los profesionales de atención médica que brindan atención en mi nombre o en el del paciente, incluido cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza o abogado que pueda trabajar en nombre de estas entidades. Con el fin de realizar el tratamiento necesario, el pago y las operaciones comerciales de atención médica asociadas con mi atención o la atención del paciente, incluido el alcance del paciente y los recordatorios de citas, autorizo a SCHC y a los profesionales de atención médica que brindan mi atención o la atención del paciente, así como cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza, o abogado que pueda trabajar en nombre de estas entidades, para contactarme usando cualquier método de contacto que le haya proporcionado a SCHC, incluyendo contactarme en mi teléfono celular y / o teléfono de casa usando un sistema de marcado telefónico automático, un voz pregrabada u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensaje de texto u otra forma de comunicación electrónica. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que todos los saldos de cuentas relacionados con este encuentro se hayan satisfecho por completo.

Entiendo que si soy menor de edad y recibo asesoramiento sobre anticonceptivos, servicios de pruebas de embarazo y / o suministros, DEBO firmar una autorización para estos servicios y entiendo que NO se requiere el consentimiento o conocimiento de los padres. Para mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de atención médica, SCHC cumple con todos los aspectos de la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico Ace de 1996 (HIPAA), Ley Pública 104-191.

Entiendo que si yo (o la persona mencionada anteriormente de quien soy padre, padre con custodia o tutor legal) necesito una remisión para servicios comunitarios, incluido el Departamento de Salud del Condado de Onondaga, el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Onondaga y WIC, esta autorización permite el intercambio de información médica con agentes de esos servicios comunitarios. Entiendo que como parte de SCHC servicios integrales de atención ambulatoria, la información de mi expediente médico (y / o la de mi hijo menor) se comparte entre el proveedor de SCHC equipos y el Sistema Regional de Datos Perinatales para el Condado de Onondaga. Si soy un paciente de 19 años o más, doy mi consentimiento para mi vacunación. información e información demográfica de identificación que se coloca en el Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS). Los la información de vacunación se entregará a (1) el paciente, si es mayor de 18 años; (2) el padre, madre con custodia o tutor legal de un menor; (3) su compañía de seguros; (4) su escuela o guardería con licencia; (5) los departamentos de salud locales y estatales; y / o (6) a un médico proveedor autorizado para brindar atención médica para mí y / o mi hijo. Entiendo que si soy un paciente de 19 años o más, puedo retirar de NYSIIS en cualquier momento con notificación a mi proveedor de atención médica. Entiendo que la información de vacunación de mi hijo será divulgado al NYSIIS y los registros de plomo de mi hijo serán compartidos por el Registro de Inmunizaciones de Nueva York Central. Por la presente libero y mantengo a SCHC indemne por pérdida o cualquier daño a cualquier pertenencia personal mientras sea paciente en SCHC.

INTERCAMBIO Y CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Puedo elegir si permitir o no que SCHC obtenga acceso a mis registros médicos a través de *HealthConnections* (o cualquier sucesor), una Organización de Intercambio de Información de Salud. Si doy mi consentimiento, se puede acceder a mis registros médicos o los del paciente de diferentes lugares donde yo / el paciente obtengo atención médica mediante una red informática en todo el estado. *HealthConnections* es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de forma electrónica y cumple con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y la ley del estado de Nueva York. La elección que tome en este formulario NO afectará mi capacidad para recibir atención médica. La elección que hago en este formulario NO permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a mi información con el fin de decidir si me brindan cobertura de seguro médico o si pagan mis facturas médicas.

Entiendo que puedo completar este consentimiento ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario de consentimiento. Solicito que se acceda a la información médica sobre mi atención y tratamiento o el del paciente como se establece a continuación:

Marque UNA casilla a la izquierda de su elección:

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que SCHC acceda a TODA mi información médica electrónica a través de *HealthConnections* para brindar servicios de atención médica (incluida la atención de emergencia).
- Niego el consentimiento para que SCHC acceda a mi información médica electrónica a través de *HealthConnections* para cualquier propósito, incluso en una emergencia médica.

Para obtener más información y detalles completos del proceso de consentimiento, o si desea negar el consentimiento a todas las organizaciones de proveedores y planes de salud que participan en *HealthConnections*, o para acceder a su información de salud electrónica a través de *HealthConnections*, puede hacerlo visitando el sitio web de *HealthConnections*. en <http://healthconnections.org/> o llamando a *HealthConnections* al 315.671.2241 ext. 5. Los detalles sobre la información a la que se accede a través de *HealthConnections* se adjuntan a este formulario.

TÉRMINOS DE PAGO

Entiendo que el pago vence al momento del servicio. Si SCHC participa con mi compañía de seguros o la compañía de seguros de mi hijo menor, soy responsable de los copagos y / o deducibles de todos los cargos cubiertos. Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare) y / o el Título XIX de la Ley de Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los servicios autorizados se realice en mi nombre directamente a SCHC. Si alguna cuenta se atrasa, entiendo que SCHC puede enviar mi cuenta o la de mi hijo menor a una agencia de cobranza.

VIDEO / FOTOGRAFÍA

Reconozco y entiendo que el monitoreo de circuito cerrado, la grabación de video y la fotografía de la atención del paciente pueden usarse para fines organizativos internos, incluidos los fines educativos, clínicos, de operaciones de atención médica y / o relacionados con la seguridad. Por la presente doy mi consentimiento para el uso de dichas

grabaciones o fotografías para los fines comerciales internos mencionados anteriormente. Además, entiendo que tengo derecho a retirar dicho consentimiento en cualquier momento.

He leído este formulario en su totalidad, o me lo han leído, y entiendo completamente estas declaraciones. Soy el paciente o tengo la autoridad legal en nombre del paciente para ejecutar este formulario y aceptar sus términos, y toda la información proporcionada es precisa y completa a mi leal saber y entender. Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y entiendo que puedo solicitar que se me proporcione una copia de este formulario.

Firma del paciente

(Padre o tutor legal si el paciente es menor de edad)

Fecha

Testigo

Fecha

Departamento

Título



AVISO DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Date: ____/____/____

PATIENT NAME: _____
(please print)

DATE OF BIRTH: _____

MEDICAL RECORD NO.: _____

RECONOZCO QUE ESTABA PROVISTO CON UNA COPIA DE SYRACUSE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Nombre del Paciente *(por favor imprima)*

Firma del Paciente

Si es completado por el representante personal del paciente, por favor imprimir y firmar su nombre en el siguiente espacio:

Nombre del Representante Personal *(por favor imprima)*

Firma del Representante Personal

Relación con el Paciente

For Syracuse Community Health Center Use Only

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of Syracuse Community Health Center, Inc.'s Notice of Privacy Practices from this patient, but it could not be obtained for the following reason:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign because _____
- We were unable to communicate with the patient
- Other *(please provide specific details)* _____

Employee Name

Date

This form should be placed in the patient's medical record.

Detalles sobre la información a la que se accede a través de HealtheConnections y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se puede utilizar su información.** Su información médica electrónica se utilizará solo para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad del seguro.** Verifique si tiene seguro médico y lo que cubre.
 - **Actividades de gestión de la atención.** Estos incluyen ayudarlo a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención médica que se le brindan o apoyarlo para seguir un plan de atención médica.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda a usted y a todos los pacientes.

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si da su consentimiento, el SCHC puede acceder a TODA su información médica electrónica. Si da su consentimiento, el SCHC puede acceder a TODA su información de salud electrónica disponible a través de HealtheConnections. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros médicos pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede incluir condiciones de salud sensibles, que incluyen, entre otras, las siguientes:

Problemas de consumo de alcohol o drogas	VIH / SIDA
Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)	Condiciones de salud mental
Pruebas o enfermedades genéticas (hereditarias)	Enfermedades de transmisión sexual

Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su registro puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de trauma, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyo social. e historial de reclamaciones de seguros médicos.

3. **De dónde proviene su información médica.** La información sobre usted proviene de lugares que le han brindado atención médica o seguro médico. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud de forma electrónica. Una lista completa y actualizada está disponible en HealtheConnections. Puede obtener una lista actualizada en cualquier momento visitando el sitio web de HealtheConnections en <http://healtheconnections.org/> o llamando al 315.671.2241 x5.

4. **Quién puede acceder a información sobre usted, si da su consentimiento.** Solo los médicos y otros miembros del personal de la (s) Organización (es) a las que haya dado su consentimiento para acceder que realicen las actividades permitidas por este formulario como se describe anteriormente en el párrafo uno.

5. **Acceso a organizaciones de salud pública y obtención de órganos.** Las agencias de salud pública federales, estatales o locales y ciertas organizaciones de obtención de órganos están autorizadas por ley para acceder a información médica sin el consentimiento del paciente para ciertos propósitos de trasplante de órganos y salud pública. Estas entidades pueden acceder a su información a través de HealtheConnections para estos fines sin importar si usted da su consentimiento, niega el consentimiento o no completa un formulario de consentimiento.

6. **Sanciones por acceso o uso indebido de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto ni tenido acceso a su información lo ha hecho, llame a SCHC al 315-476-7921; o visite el sitio web de HealtheConnections en <http://healtheconnections.org/>; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso de quejas de la Oficina federal de derechos civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

7. **Nueva divulgación de información.** Cualquier organización a la que haya otorgado su consentimiento para acceder a su información médica puede volver a divulgar su información médica, pero solo en la medida en que lo permitan las leyes y regulaciones estatales y federales. Solo se puede acceder a la información relacionada con el tratamiento por alcoholismo / drogadicción o información confidencial relacionada con el VIH y solo se puede volver a divulgar si se acompaña de las declaraciones requeridas sobre la prohibición de volver a divulgar

8. **Periodo efectivo.** Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que cambie su opción de consentimiento o hasta que HealtheConnections deje de funcionar. Si HealtheConnections se fusiona con otra Entidad Calificada, sus opciones de consentimiento seguirán siendo efectivas con la entidad recién fusionada.

9. **Periodo efectivo.** Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que cambie su opción de consentimiento o hasta que HealtheConnections deje de funcionar. Si HealtheConnections se fusiona con otra Entidad Calificada, sus opciones de consentimiento seguirán siendo efectivas con la entidad recién fusionada.

10. **Copia del formulario.** Tiene derecho a obtener una copia de este formulario de consentimiento. cancelaciones

Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

- (1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, nacionalidad o patrocinador;
- (2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;
- (3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;
- (4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;
- (5) ser informado y recibir un cálculo de los cargos cobrados por los servicios, tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa; elegibilidad para reintegro a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a menor costo;
- (6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;
- (7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;
- (8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- (9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;
- (10) negarse a participar en un estudio de investigación;
- (11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante el New York State Department of Health (Departamento de Salud del estado de Nueva York)
- (13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;
- (14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;
- (15) acceder a sus registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;
- (16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y
- (17) cuando corresponda, hacer saber sus deseos sobre la donación de órganos. Los mayores de dieciséis años podrán registrar su consentimiento para la donación de órganos, ojos o tejidos, en caso de fallecimiento, inscribiéndose en el Registro Donate Life del estado de Nueva York o registrando la autorización para la donación de órganos o tejido de varias maneras (por ejemplo, mediante poder para asuntos médicos, testamento, credencial de donante u otro instrumento firmado). En el centro podrá obtener un poder para asuntos médicos;
- (18) tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa;
- (19) recibir un cálculo del importe que se le facturará tras obtener los servicios.



Department
of Health