



# THE FLOATING HOSPITAL

## Patient Rights

Every patient has the right:

- To receive service(s) without regard to age, race, color, religion, sex, national origin, sexual orientation, disability or source of payment
- To be treated with consideration, respect and dignity, including privacy in treatment
- To be informed of patient services available at The Floating Hospital
- To be informed of the provision for off-hour and emergency coverage
- To be informed of the charges for service(s), eligibility for third-party reimbursement, refunds, and the availability of free or low-cost care
- To receive a copy of his/her account statement upon request
- To be informed of his/her medical condition
- To receive the information necessary to give informed consent prior to the initiation of any procedure and/or treatment with the exception of emergency care
- To refuse treatment after being fully informed of the consequences of such action
- To have an explanation of the content of his/her medical record by a physician of his/her choosing
- To refuse to participate in medical research
- To voice grievances and recommend changes in policies and services to The Floating Hospital staff, the governing authority, and the New York State Department of Health without fear of reprisal
- To the confidential treatment of records
- To approve or refuse the release or disclosure of the contents of his/her records to any individual or group except in the case of referral to another healthcare facility, or as required by law or third-party payment contract.

If you have a concern or complaint regarding your rights, contact Patsy Yanchik, Compliance Officer at The Floating Hospital, at 718-784-2240, ext. 253.

If the staff at The Floating Hospital cannot resolve your problem, contact The New York State Department of Health at 212-417-5995.

This health center receives HHS funding and has federal Public Health Service deemed status with respect to certain health or health-related claims, including medical malpractice claims, for itself and its covered individuals.

## Derechos de los pacientes

Todos los pacientes tienen derecho a:

- Recibir servicios sin importar edad, raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, orientación sexual, discapacidad o fuentes de pago
- Ser tratado con consideración, respeto y dignidad, incluyendo la privacidad en el tratamiento
- Ser informado sobre los servicios para pacientes que ofrece The Floating Hospital
- Ser informado sobre la prestación de servicios fuera del horario y la cobertura de emergencia
- Ser informado sobre los cobros por el servicio, la elegibilidad para reembolsos de terceros, devoluciones y disponibilidad de atención gratuita o de bajo costo
- Recibir una copia de su estado de cuenta, si lo solicita
- Ser informado sobre su estado médico
- Recibir la información necesaria para otorgar un consentimiento informado antes de que se inicie cualquier procedimiento o tratamiento, a excepción de la atención de emergencia
- Rehusar el tratamiento después de estar totalmente informado de las consecuencias de negarse a recibirlo
- Obtener una explicación del contenido de su expediente médico de parte de un médico de su elección
- Rehusarse a participar en investigaciones médicas
- Expresar, sin miedo a represalias, sus quejas y hacer recomendaciones para cambios en las políticas y servicios al personal de The Floating Hospital, la autoridad regente y el Departamento de Salud del estado de Nueva York (New York State Department of Health)
- Recibir tratamiento confidencial de sus expedientes
- Autorizar o denegar la revelación o divulgación del contenido de sus expedientes a cualquier persona o grupo, excepto en el caso de que sea referido a otro centro de atención médica, o según lo requiera la ley o el contrato de pago de terceros.

Si tiene alguna duda o queja relacionada con sus derechos, comuníquese con Patsy Yanchik, Directora de Cumplimiento de The Floating Hospital, llamando al 718-784-2240, ext. 253.

Si el personal de The Floating Hospital no puede resolver su problema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado de Nueva York (New York State Department of Health) llamando al 212-417-5995.

Este centro de salud recibe fondos del HHS y tiene el estado federal de salud pública estimado con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos.

## Notice of Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review carefully. If you have any questions about this Privacy Notice, please contact our Privacy Officer at 718-784-2240, ext. 105.

### I. Introduction

“Protected health information” means health information (including identifying information about you) which may include information about your past, present or future physical or mental health condition, the provision of your health care, and payment for your health care services. We are required by law to maintain the privacy of your health information and to provide you with this notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information. We are also required to comply with the terms of our current Notice of Privacy Practices.

### II. Uses and Disclosures of Health Information for Treatment, Payment and Operations

We will use and disclose your health information without your authorization to provide your health care and any related services. We use your personal health information (PHI) in order to provide treatment to you, to obtain payment for your treatment, to perform administrative activities within the practice, and for being able to determine the quality of care that is provided to you. PHI includes all the information that can identify you: your name, address, telephone number, social security number, health policy number, etc. Examples of some of the ways we may use your PHI include calling to remind you about an appointment, contacting your insurance company for payment, assessing the quality of care that was provided to you, speaking to your other health care providers, or just calling you into the treatment area from the waiting room. We may use and disclose health information to tell you about health-related benefits or services that may be of interest to you. If you do not want us to provide you with information about health-related benefits or services, you must notify the Privacy Officer in writing at The Floating Hospital, PO Box 8397, Long Island City, NY 11101. Please state clearly that you do not want to receive materials about health-related benefits or services.

### III. Uses and Disclosures That May be Made Without Your Authorization or Opportunity to Object.

We may use your PHI without prior authorization when we are required to do so by law, if there is a public health concern, if you have a communicable disease, if we believe that there is abuse or neglect, for research studies, for legal proceedings, for law enforcement, for organ and tissue donations, if a crime occurs on our premises, if an emergency occurs, to funeral directors and coroners, for military activity and national security, and for worker’s compensation.

### IV. Uses and Disclosures of Your Health Information with Your Permission.

Uses and disclosures not described in Section II of this Notice of Privacy Practices will generally only be made with your written permission, called an “authorization.” You have the right to revoke an authorization at any time. If you revoke your authorization, we will not make any further uses or disclosures of your health information under that authorization,

unless we have already taken an action relying upon the uses or disclosures you have previously authorized.

### V. Your Rights Regarding Your Health Information.

You have the right to inspect and ask for a copy of your PHI at any time. You have the right to ask that we make changes or corrections to your information. Your request will be considered, but we do not have to comply with it. You have the right to file a disagreement with the Privacy Officer.

- You have the right to request a list of all disclosures that we have made of your PHI after September 23, 2013 for any reason other than for treatment, billing, or health care operations.
- You have the right to ask that we not disclose your PHI except when authorized by you, required by law, or in the case of an emergency. You may also request that your PHI is not disclosed to family members or friends that may be involved in your care. We will consider all such requests, but we are not required to agree or act on them. Any and all requests must be submitted in writing to our Privacy Officer.
- You have the right to have confidential information sent to you at an alternative location, or by means other than the postal service. We will accommodate all reasonable requests. You have the right to obtain a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time.
- You have the right to an electronic copy of your electronic health record and to direct that copy to a designated third party.
- You have the right to opt out of fundraising communications and to prohibit the sale of your PHI without your authorization.
- You have the right to have any genetic information be treated as PHI.

### VI. Concerns and Complaints

If you feel that your privacy rights have been violated at any time or you do not agree with how your PHI is being disclosed, you can contact our Privacy Officer at the address below. All complaints must be submitted in writing. We will not retaliate against you for filing a complaint. You can also contact the Secretary of Health and Human Services.

The Floating Hospital  
Sean Granahan, Privacy Officer  
P.O. Box 8397  
Long Island City, NY 11101  
Phone: 718-784-2240, ext. 105  
Fax: 718-784-0240

### VII. Changes to this Notice

The terms of this notice may change at any time. A copy of any revised notice will be posted in an easily accessible area and will be provided to you upon your request.

This notice is in effect as of 9/23/13

## Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede usted acceder a esta información. Revíselo detenidamente. Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso de privacidad, comuníquese con nuestro oficial de privacidad llamando al 718-784-2240, extensión 105

### I. Introducción

La “información médica protegida” se refiere a la información médica (incluida la información que lo identifica) que podría incluir información relacionada con su estado de salud física o mental del pasado, presente o futuro, la prestación de atención médica y el pago de los servicios de atención médica. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica y a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica. También estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente.

### II. Usos y divulgaciones de la información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones administrativas.

Utilizaremos y divulgaremos su información médica sin su autorización para prestarle atención médica y cualquier servicio relacionado. Utilizaremos su información médica personal (PHI) para darle tratamiento, para obtener el pago de su tratamiento, para realizar tareas administrativas dentro del ejercicio de la medicina y para poder determinar la calidad de la atención que se le presta. La PHI incluye todo tipo de información que puede identificarlo: su nombre, dirección, número de teléfono, número del Seguro Social, número de póliza de salud, etc. Algunos ejemplos sobre las formas en que podemos utilizar su PHI: para hacerle una llamada de recordatorio de una cita, para comunicarnos con su compañía de seguros para el pago, para evaluar la calidad de la atención que se le prestó, para hablarle a otros proveedores de atención médica que lo atienden o, simplemente, para llamarlo para su tratamiento cuando está en la sala de espera. Podemos usar y divulgar su información médica para informarle acerca de beneficios u otros servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Si no desea recibir información acerca de beneficios o servicios relacionados con su salud, deberá informarlo al director de privacidad, por carta dirigida a The Floating Hospital, PO Box 8397, Long Island City, NY 11101. Indique claramente que no desea recibir ningún tipo de material relacionado con beneficios o servicios de salud.

### III. Usos y divulgaciones que pueden hacerse sin su autorización y oportunidad para oponerse.

Podemos usar su PHI sin su autorización previa cuando la ley nos obligue a hacerlo, si hay algún problema para la salud pública, si tiene una enfermedad contagiosa, si consideramos que hay abuso o abandono, para estudios de investigación, para procedimientos judiciales, para el cumplimiento de la ley, para donación de órganos o tejidos, si ocurre un delito en nuestras instalaciones, si se presenta una emergencia, para los servicios funerarios y médicos forenses, para actividades militares y de seguridad nacional y para compensación de los trabajadores.

### IV. Usos y divulgaciones de su información médica sin su permiso

Los usos y las divulgaciones que no se describen en la Sección II de este Aviso de prácticas de privacidad generalmente se harán únicamente con su permiso por escrito, llamado “autorización”. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoca su autorización, en lo sucesivo no utilizaremos ni divulgaremos su información médica con base en esa autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas con base

en los usos y las divulgaciones que autorizó previamente.

### V. Sus derechos con respecto a su información médica.

- Tiene derecho a revisar y pedir una copia de su PHI en cualquier momento. Tiene derecho a pedir que se hagan cambios o correcciones a su información Su solicitud se tomará en cuenta, pero no estamos obligados a cumplirla. Tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante el oficial de privacidad.
- Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su PHI que hayamos hecho después del 23 de septiembre de 2013 para cualquier motivo que no sea el tratamiento, la facturación ni las operaciones de atención médica.
  - Tiene derecho a pedir que no se divulgue su PHI excepto cuando usted lo autorice, cuando sea requerido por la ley o en caso de una emergencia. También puede solicitar que no se divulgue su PHI a sus familiares o amigos involucrados en su atención. Tomaremos en cuenta todas esas solicitudes, pero no estamos obligados a aceptarlas ni a tomar medidas al respecto. Todas las solicitudes se deben presentar por escrito a nuestro oficial de privacidad.
  - Tiene derecho de que se le envíe su información confidencial a otro lugar, o por otros medios que no sean el servicio de correo. Cumpliremos con todos los pedidos que sean razonables. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.
  - Tiene derecho a que se le envíe una copia electrónica de su expediente médico electrónico y a que se le envíe esa copia a un tercero designado.
  - Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos y a prohibir la venta de su PHI sin su autorización.
  - Tiene derecho a que cualquier información genética sea tratada como PHI.

### VI. Inquietudes y quejas

Si usted considera que en algún momento se violaron sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo en cómo se divulga su PHI, puede comunicarse con el oficial de privacidad en la dirección que se presenta a continuación. Todas las quejas se deben presentar por escrito. No tomaremos ninguna represalia en su contra por presentar una queja. También puede comunicarse con el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

The Floating Hospital  
Sean Granahan, Privacy Officer, P.O. Box 8397, Long Island City, NY 11101  
Teléfono: 718-784-2240, extensión 105  
Fax: 718-784-0240

### VII. Cambios a este Aviso

Los términos de este aviso pueden cambiar en cualquier momento. Se publicará una copia del aviso modificado en un área fácilmente accesible y se le entregará una copia, si lo solicita.

Este aviso entra en vigencia a partir del 23 de septiembre de 2013.

## Payment Policy

We are committed to providing accessible care to our patients and understand the ability to pay for care can be a concern. No uninsured patient will ever be turned away because of an inability to pay, however sliding fee payments will be applied.

Your medical care will not be compromised on the basis of financial need. You are required to pay your co-payment and/or co-insurance at the time of service. The Floating Hospital accepts most insurance plans including Medicare, Medicaid and Children’s Health Insurance Plan (CHIP). If you have Medicare and have not signed your benefits over to a managed care payer, Medicare will reimburse 80% of your claim and you will be responsible for the 20% co-insurance cost. If you have not met your deductible, we will submit the claim to your insurance carrier and you will receive a bill from us after they processes the claim and determine the deductible.

The Floating Hospital sends out monthly bills for any unpaid balances. If a balance remains unpaid after 60 days, you may be asked to settle prior to your next visit.

If you are experiencing financial hardship, please ask to speak with the Registration Director.

## Política de pagos

Nuestro compromiso es ofrecer atención accesible a nuestros pacientes y entendemos que la capacidad de pago de la atención puede ser un problema. Nunca se rechazará a un paciente sin seguro debido a que no tiene capacidad de pago, sin embargo, pueden aplicar tarifas de pago escalonadas.

Su atención médica no se verá comprometida en función de la necesidad financiera. Debe pagar su copago y / o coseguro en el momento del servicio. The Floating Hospital acepta la mayoría de los planes de seguro, incluidos Medicare, Medicaid y el Plan de seguro médico para niños (CHIP). Si tiene Medicare y no ha firmado para ceder sus beneficios a un pagador de atención administrada, Medicare le reembolsará el 80 % de sus reclamos y usted deberá pagar el 20 % de costo de coseguro. Si no ha cumplido con su deducible, le enviaremos el reclamo a la compañía de seguros y le enviaremos nuestra factura después de que ellos den trámite al reclamo y determinen el monto del deducible.

The Floating Hospital envía mensualmente las facturas de los saldos adeudados. Si no se cancela el saldo adeudado en un plazo de 60 días, podría pedirsele que pague antes de su próxima visita.

Si tiene dificultades económicas, pida hablar con el Director de Registro.

