

Solicitud de Membresía



ALBANY FIREMED
PO BOX 490
ALBANY, OR 97321
(541) 917-7710

El costo de la membresía es de \$70

Se aceptan cheques o efectivo.

Los cheques se hacen a nombre de la ciudad de Albany.

Adicionalmente las contribuciones deducibles de impuestos son bienvenidas.

\$50 \$100 \$ _____

Uso exclusivo de la Oficina

Membership # _____

Date Received _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Dirección Donde Reside (si es diferente de la ya proporcionada) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lista de todos los residentes permanentes que viven en su domicilio. Nombre del cónyuge o dependientes que viven en una casa de hogar o cuidado de enfermería.

Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación _____

Yo y/o (nosotros) he leído el acuerdo FIREMED al reverso y acepto los términos y condiciones que se indican. Yo autorizo el pago directo de beneficios del seguro médico al servicio de ambulancia del Departamento de Bomberos de Albany. Mi firma en esta solicitud autoriza al servicio de ambulancia del Departamento de Bomberos de Albany a presentar cualquier reclamación o factura de cualquier plan de seguro de salud de la que soy miembro. Mi firma indica que he recibido una copia del acuerdo FIREMED del servicio de ambulancia del Departamento de Bomberos del Albany con previo aviso a la privacidad del Paciente.

X _____

Firma del Miembro

Fecha

DEBE ACOMPAÑAR A ESTA SOLICITUD CON UN PAGO DE \$70 DOLARES

Si paga con cheque, por favor hágalo a nombre de la ciudad de Albany.

No recibirá una tarjeta de membresía FireMed.

Todas las emergencias 9-1-1 son tratadas por igual, independientemente de la condición de miembro FIREMED; por lo tanto, una tarjeta de membresía no es necesaria.

Por favor lea cuidadosamente este contrato y fírmelo al reverso para la validación de su membresía, este será entre el nuevo miembro y FIREMED de la ciudad de Albany, a contar desde el día que lo firma en adelante esta cubierto por FIREMED, eso significa que el acuerdo es entre la ciudad de Albany y el miembro de FIREMED. El pago total debe acompañar esta solicitud de membresía de FIREMED para que esta entre en efecto.

Por la presente solicito ser miembro de FIREMED para mí y para mis familiares enumerados y correctamente elegibles *. Entiendo que la cuota de membresía ofrece ** atención prehospitalaria y transporte de ambulancia médicamente necesario. La cobertura de afiliación es inmediata después de la recepción de la solicitud y el pago a FIREMED y se extiende hasta el siguiente año. Entiendo que FIREMED no es un seguro, pero proporciona una cobertura de prepago en exceso de cualquier seguro de salud o prestaciones médicas que pueda tener. Yo autorizo a FIREMED facturar directamente para el servicio de ambulancia a cualquiera de dichos seguros. Estoy de acuerdo en ceder en cualquier reclamo a FIREMED que pueda tener para los beneficios del seguro médico como resultado de cualquier servicio prestado por FIREMED mientras que yo soy miembro. Autorizo la divulgación de la información médica solamente con el propósito de la facturación del seguro ambulancia, incluyendo a las agencias que participan en la red de FIREMED en Oregón. ¿Podría yo o un miembro de la familia recibir el pago del seguro o cualquier otro proveedor de beneficios médicos para el servicio de ambulancia proporcionado por FIREMED? Si esto llegara a suceder debería enviar inmediatamente dicho pago directamente a FIREMED. El no hacerlo puede ser motivo para la cancelación del acuerdo FIREMED. Esta membresía no es reembolsable y ni transferible. La membresía FIREMED no es solicitado a personas que tienen el Plan de Salud de Oregon y cualquier otra membresía que constituya donaciones voluntarias solamente.

SERVICIOS PRESTADOS Y LOS LIMITES DE LAS AREAS DE SERVICIO

Una membresía FIREDMED proporciona atención médica pre-hospitalaria de emergencia y transporte en ambulancia. Todos los servicios de emergencia deben originarse dentro de los límites de las áreas de servicio de ambulancia del Departamento de Bomberos de Albany. El transporte de emergencia será al hospital médicamente apropiado más cercano según lo determine por los médicos de panel médico del minuto.

Específicamente el transporte no cubre lo no médicamente necesario esto signifique cualquier otro tipo de transporte incluyendo vehículo privado, taxi, o silla de ruedas y los servicios de camilla. Ejemplos de este tipo de servicios no cubiertos pueden incluir el transporte hacia y desde; las oficinas o consultorios médicos, transporte de los hogares de ancianos para los tratamientos que normalmente proporcionan en los hogares de ancianos, o el transporte de regreso a casa de un centro médico cuando la condición del paciente no garantiza una ambulancia.

BENEFICIOS DE LOS MIEMBROS DE FIREMED FUERA DEL AREA DE ALBANY

Los beneficios de los miembros se extienden a zonas fuera del área de servicio de Albany FIREMED, pero dentro del estado de Oregón. Estos beneficios se limitan a los términos del acuerdo vigente y por cada agencia participante FIREDMED en el momento que se utilizan los beneficios. Los miembros que reciben el servicio de ambulancia de cualquier otra agencia participante FIREMED son elegibles para los beneficios ofrecidos por dicho organismo, siempre que: 1) El usuario sea responsable de notificar a la agencia de transporte que es un miembro de Albany FIREMED, 2) el miembro se compromete a los términos del acuerdo de la agencia participante. Una lista actualizada de las agencias participantes FIREMED se encuentra archivada en la oficina de negocios FIREMED.

INFORMACION DEL SEGURO al PORTADOR

Yo autorizo que una copia de este acuerdo puede ser utilizado en lugar del original archivado por FIREDMED. Autorizo el pago de las prestaciones habituales del seguro y sistemáticamente del seguro servicio de ambulancia para mí o los miembros de la familia que estén cubiertos directamente con FIREMED, según se detalla en el acuerdo con FIREMED.

***DEFINICION DE FAMILIA**

Una membresía FIREMED cubre todos los residentes permanentes que viven en su dirección, incluidas las personas que viven juntos como una unidad familiar. Un cónyuge o dependiente que vive en un hogar de ancianos o centro de atención residencial está cubierto si el establecimiento de atención está dentro de los límites de las áreas de servicio de FIREDMED.

****DEFINICION DE NECESIDAD MEDICA**

El transporte en ambulancia es médicamente necesario cuando la condición del paciente es tal que está sería una contraindicación el uso de cualquier otro método de transporte. En otras palabras, el paciente no puede ser transportado en ningún otro medio de transporte sin poner en peligro su salud, este o no otro tipo de transporte disponible.

LA AMBULANCIA DEL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS DE ALBANY-NOTIFICACION DE PRIVACIDAD AL PACIENTE

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE Y LEA CON CUIDADO.

Propósito de este aviso y notificación: El gobierno federal por ley requiere que las Ambulancias del Departamento de Bomberos de la ciudad Albany mantengan la privacidad de cierta información de salud confidencial, conocida como la información de salud protegida (ISP). Esta notificación describe sus derechos legales, le avisa de nuestras prácticas de privacidad, y le informa como las Ambulancias del Departamento de Bomberos de la ciudad de Albany están permitida a usar y revelar su información de salud protegida (ISP). También se requiere que las Ambulancias del Departamento de Bomberos de la ciudad de Albany cumplan los términos de la versión de este aviso actualmente en vigencia.

Usos y Divulgaciones de su (ISP): Las Ambulancias del Departamento de Bomberos de la ciudad de Albany pueden utilizar su información de salud protegida (ISP) para propósitos de tratamiento, pago, y otras circunstancias relacionadas con su salud;

Para Tratamiento: Incluye información verbal y escrita acerca de usted y su condición médica para su tratamiento por nosotros y/o la transferencia de su cuidado a otro profesional de la salud. El uso o divulgación de su ISP también incluye transmisión de información a través de radio o teléfono al hospital, el suministro de una copia del registro escrito al hospital que nosotros creamos en el curso de suministrarle tratamiento y/o transporte.

Para Pago: Incluye cualquier actividad que necesitamos emprender para ser reembolsado por los servicios suministrados, incluyendo organizar su ISP, someter facturas de pago a las compañías de seguros, administración de reclamaciones facturas por los servicios prestados, determinaciones de sus necesidades médicas, revisiones, y cobro de cuentas a pagar.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Esto incluye actividades para mejorar la calidad del servicio, licencias y programas de entrenamiento para asegurar que nuestro personal se mantenga dentro de nuestros estándares de cuidado y servicios, y siguen las políticas y procedimientos establecidos. Además esta información puede ser utilizada para obtener servicios legales y financieros, conducir planificación de negocios, proceder con querrelas y reclamos al igual que crear reportes que no lo identifican individualmente a usted para propósitos de recopilación y análisis de datos.

Uso y Divulgación de ISP Sin Su Consentimiento: Las Ambulancias del Departamento de Bomberos de de la ciudad Albany está autorizada a usar su ISP sin su consentimiento, autorización, o permiso escrito en ciertas situaciones incluyendo las siguientes:

- Situaciones de Emergencia (en conformidad con requisitos de la compañía de su seguro médico vamos a intentar conseguir su consentimiento escrito después de proveerle el servicio de emergencia. Agradeceremos su cooperación cuando se la solicitemos
- Autoridades de salud pública en ciertas situaciones (como reportar un nacimiento, muerte, o enfermedad como es requerido por la ley, como parte de una investigación de salud pública, para reportar abuso, negligencia, o violencia familiar en niños o adultos, para reportar eventos desfavorables como defectos de productos, o notificar a una persona acerca de una posible exposición a una enfermedad posiblemente contagiosa como la ley lo requiere);
- Para las actividades de administrativas incluyendo auditorías o investigaciones gubernamentales, inspecciones, procesos judiciales disciplinarios, y otras acciones administrativas o judiciales que el gobierno emprenda (o sus contratistas) por ley para supervisar o evaluar el sistema del cuidado de salud;
- Para procesos judiciales y administrativos o la orden administrativa requieren, o en algunos casos en respuesta a la citación legal u otro proceso legal;
- Para uso militar, defensa nacional, seguridad y otras funciones especiales del gobierno;
- Para propósitos de compensación para trabajadores, en conformidad con las leyes de compensación para trabajadores.

Cualquier otro uso o divulgación de su ISP que no este listado arriba requiere su consentimiento o autorización por escrito (una autorización específicamente va identifica la información que necesitamos para usar o compartir, al igual que cuando y como pretendemos usar o compartir esta información). **Usted puede revocar su consentimiento o autorización en cualquier momento por escrito, excepto en los casos que ya hemos usado o compartido la información de acuerdo con su consentimiento previo o autorización previa.**

Derechos del Paciente: Como paciente, usted tiene derecho con respecto a la protección de su ISP, incluyendo:

El derecho a acceder una copia o examinar su ISP. Si usted desea examinar y obtener una copia de su información médica, usted puede contactar a un oficial de privacidad en la Oficina de Administración del departamento de bomberos, la dirección esta al final de esta notificación. Nosotros normalmente le proveeremos el acceso a esta información dentro de 30 días de su petición. Nosotros podríamos cobrarle una tarifa razonable por las copias para esta información. En circunstancias limitadas, podemos negarle acceso a su información médica, y ciertos tipos de denegaciones pueden ser apeladas. Tenemos formas disponibles para solicitar una copia de su ISP y le proveeremos una respuesta escrita si le negamos acceso o le dejaremos saber de sus derechos para apelar.

El derecho de enmendar su ISP. Usted tiene el derecho a solicitar que se enmiende información médica escrita que nosotros posiblemente tengamos sobre usted. Si desea enmendar la información médica que tenemos sobre usted, necesitará contactar al oficial de privacidad nombrado al final de esta notificación. Nosotros generalmente vamos a enmendar su información dentro de 60 días de su petición y vamos a notificarle cuando tengamos enmendada la información. Estamos permitidos por ley a negarle su petición de enmendar su información médica si creemos que la información que nos pide enmendar es correcta. Usted puede apelar nuestra denegación a su petición de enmendar la información. Si desea enmendar la información médica que tenemos sobre usted, necesita contactar al oficial de privacidad nombrado al final de esta notificación.

El derecho a requerir una cuenta de nuestro uso y divulgación de su ISP. Usted puede solicitar información sobre ciertas divulgaciones que hayamos hecho con respecto a de su información médica. No es requisito darle cuentas de la información que hemos usado o revelado para propósitos de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, o de usos o divulgaciones hechas antes del 14 de Abril de 2003. Si desea saber la información médica que hemos usado o revelado sobre usted, necesita contactar el oficial de privacidad listado as final de esta notificación.

El derecho a requerir que limitemos los usos y divulgaciones de su ISP. Usted tiene el derecho a limitar nuestro uso y divulgación de información médica que tengamos acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, o limitar la información que puede ser suministrada a su familia, amigos y otras personas involucradas en el cuidado de su salud. Si usted pide una restricción y la información que desea restringir es necesaria para suministrarle tratamiento de emergencia, entonces nosotros podemos usar el ISP o revelar el ISP a el proveedor que le suministrará el tratamiento de emergencia. Las Ambulancias del Departamento de Bomberos de Albany no tiene que aceptar restricciones solicitadas por usted, pero cualquiera de las restricciones aceptadas por las Ambulancias del Departamento de Bomberos de Albany son legalmente vinculante.

Derechos Legales y Quejas: Avisos de cualquier cambio en la política de privacidad de las Ambulancias del Departamento de Bomberos de Albany pueden ser sometidas directamente en la forma de consentimiento y esta notificación va a ser actualizada cuando cualquiera de estos cambios significativos en nuestras prácticas de privacidad ocurran. Lsa Ambulancias del Departamento de Bomberos de Albany reserva el derecho a cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento y los cambios serán efectivos inmediatamente. Nosotros también reservamos el derecho de cambiar el ISP que hayamos creado o recibido antes de la fecha efectiva que la notificación haya sido cambiada.

Usted también tiene el derecho de someter una querrela con nosotros, o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No se tomarán represalias en contra de usted por presentar una querrela con nosotros o con el gobierno. Si tiene cualquier pregunta, comentario, o querrela puede dirigirse al oficial de privacidad: Albany Fire Department Ambulance, PO Box 490, 333 SW Broadalbin Street, Albany, OR 97321; (541)917-7710.

(Fecha Efectiva de esta Noticia: 02/19/2003)