



Adventist Health  
Portland

Adventist Health Portland

## AN IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE ABOUT YOUR RIGHTS

Page 1 of 2

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

*Patient Identification*

Departamento De Salud Y Servicios Humanos  
Centros De Servicios De Medicare Y Medicaid  
No. de aprobación OMB 0938-1019

## MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE SOBRE SUS DERECHOS

### SUS DERECHOS COMO PACIENTE HOSPITALIZADO:

- Usted puede recibir servicios cubiertos por Medicare. Esto incluye servicios hospitalarios médicamente necesarios y servicios que pudiera llegar a necesitar después de haber recibido el alta en caso de que su médico lo solicite. Usted tiene derecho a saber sobre estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Usted puede participar de todas las decisiones sobre su estadía hospitalaria.
- Usted puede informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención que reciba a su Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) a: **KEPRO 1-888-305-6759**. La QIO es el revisor independiente autorizado por Medicare para evaluar la decisión para darle el alta.
- Puede trabajar conjuntamente con el hospital para que le ayuden a prepararse para el alta de una manera segura y coordinar los servicios que pudiera llegar a necesitar tras dejar el hospital. Cuando ya no necesite recibir cuidados hospitalarios con internación, su médico o el personal del hospital le informará la fecha de alta planificada.
- Puede hablar con su médico u otro integrante del personal del hospital si tiene alguna preocupación por recibir el alta.

### SU DERECHO A APELAR SU ALTA HOSPITALARIA:

- Usted tiene derecho a una revisión médica independiente (apelación) inmediata de la decisión de darle el alta del hospital. Si la solicita, no tendrá que pagar por los servicios que reciba durante la apelación (salvo por cargos como copagos y deducibles).
- Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor también evaluará su expediente médico y/u otra información relevante. No tiene la obligación de preparar nada por escrito, pero tiene el derecho a hacerlo si lo desea.
- Si decide apelar, tanto usted como el revisor recibirán una copia de una explicación detallada de por qué su estadía hospitalaria cubierta no debería continuar. Recibirá este aviso detallado solo después de que solicite una apelación.
- Si la QIO determina que no corresponde que reciba el alta del hospital, Medicare seguirá cubriendo sus servicios hospitalarios.

CMS-R-10065-IM (Vto. 12/31/2025)



**AN IMPORTANT MESSAGE FROM  
MEDICARE ABOUT YOUR RIGHTS**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

- Si la QIO concuerda con que no corresponde cubrir servicios después de la fecha del alta, ni Medicare ni su plan de salud Medicare pagarán su estadía hospitalaria después del mediodía del día después de que la QIO le notifique su decisión. Si usted suspende los servicios a esa hora a más tardar, evitará tener que asumir la responsabilidad financiera.
- Si no apela, es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que reciba después de su fecha de alta.

**Cómo solicitar una apelación de su alta hospitalaria**

- Debe presentar su solicitud a la QIO que se indica arriba.
- Su solicitud de apelación debe hacerse lo más pronto posible, pero después de su fecha de alta planificada y antes de dejar el hospital.
- La QIO le notificará su decisión lo más pronto posible, generalmente a más tardar 1 día después de recibir toda la información necesaria.
- Si quiere apelar o tiene alguna pregunta, llame a la QIO que se indica en la página 1.

**SI NO PRESENTA LA APELACIÓN DENTRO DEL PLAZO CORRESPONDIENTE, ES POSIBLE QUE TENGA OTROS DERECHOS DE APELACIÓN:**

- Si tiene Original Medicare: llame a la QIO que se indica en la página 1.
- Si usted pertenece a un plan de salud Medicare: llame a su plan.

**Usted tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido víctima de discriminación.**

Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Información adicional (opcional):**

**Firme abajo para indicar que recibió y comprende este aviso.**

Se me ha notificado sobre mis derechos como paciente hospitalario y que puedo apelar mi alta contactando a mi QIO.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos a menos que exhiba un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control de la OMB para este instrumento de recolección de datos es 0938-1019. Se estima que el tiempo necesario para completar este instrumento de recolección de datos es de unos 15 minutos en promedio por respuesta, incluyendo el tiempo para leer instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y repasar el instrumento de recolección de datos. Si tiene algún comentario en cuanto a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.