URBAN HEALTH PLAN

Providing Care for Healthier Lives

School-Based Health Program

¡Puedes recibir servicios médicos sin perder ni un día de escuela! ¡Es rápido y fácil!

¡Nos alegra informarle que la escuela de su hijo(a) tiene un Centro de Servicios de Salud (SBHC por sus siglas en inglés)! El personal del SBHC son profesionales licenciados de Urban Health Plan.

Urban Health Plan (UHP) es una red de centros de salud comunitarios en el Bronx, Queens y Harlem. Hemos ofrecido atención médica primaria y especializada, de calidad y económicamente accesible en la comunidad del Bronx durante más de 45 años.

En el SBHC, su hijo(a) puedes recibir servicios médicos **gratuitos,** sin importar que tipo de seguro médico tenga.

Los servicios del Centro de Salud en la Escuela incluyen:

- Cuidado de condiciones médicas crónicas
- Administración de medicamentos
- Exámenes físicos anuales
- Completar formularios (campamento deverano, después de escuela, documentospara empleo y deportes)
- Pruebas de laboratorio básicas, pruebas desangre u orina
- Inmunizaciones (Vacunas)
- Primeros auxilios
- Consejería de salud mental
- Educación en salud y sobre nutrición
- Servicios dentales (en algunos centros)
- Referidos para suscribirse a un seguro médicoen caso que sea necesarios
- Atención de salud reproductiva apropiada para la edad
- Detección de visión, audición, asma, obesidad y otras afecciones médicas

Para que pueda recibir servicios médicos en la escuela, tienes que completar, firmar los siguientes documentos y devolver los formularios completados al SBHC en su escuela:

- Formulario de Permiso
- Formulario de historial médico
- Formulario de divulgación de información médica

Al Firmar Formulario de Permiso Parental:

- **No está** cambiando su plan de seguro
- **No está** cambiando su doctor
- **No afecta** número de veces que puede ver a su doctor

Horario- Centro de Salud en la Escuela:
Lunes - Viernes: 8:30 a.m. - 3:30 p.m.

Urban Health Plan provee servicios las 24 horas para todos sus pacientes de SBHC.
Para hablar con un profesional médico por las tardes o fines de semana, llame al (718) 589-2440.

Urban Health Plan, Inc.
School-Based Health Program

Consentimiento de Padres Para Los Servicios Medico y Dental

Su hijo(a) puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento No cambia su plan de seguro médico, No cambia su doctor privado, y No afecta las cantidad de visitas a su médico privado.

Información del Estudiante

Apellido de Estudiante:_____

Nombre de Estudiante:_____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Mes *Dia* *Año*

***Sexo*:** ❑ Masulino ❑ Femenino

Pronombres de Género: ❑ El ❑ Ella ❑ Ellos

Etnicidad
❑ Latino ❑ Asiático ❑ Blanco ❑Afro-Americano
❑ Indio Americano ❑ Otro_____

*Número de Seguro Social _____
(*opcional: se usa solo para verificar el seguro médico)

Dirección del Estudiante: _____
_____ **Código Postal** :_____

Número de Teléfono: _____

¿En qué escuela está registrado su hijo(a)?

_____

Información del Padre o Guardián

Padre o Guardián
Apellido:_____ Nombre: _____
Teléfono: _____ Numero de trabajo_____

Si usted es el **Guardián** legal, ¿cuál es su relación con el estudiante?
_____

Idioma de Comunicación Preferido: _____

Método preferido para recordatorios:
❑ Correo Electrónico ❑ Mensajes de Texto

Contactos de Emergencia Adicional

Nombre:_____
Relación con Estudiante: _____
Casa: _____ Cell: _____

Información Médica

Nombre de el Doctor Primario _____
Teléfono:_____
Dirección:_____
Último Examen Físico: _____

Información Dental

Nombre del Dentista: _____
Número de Teléfono: _____
Última visita Dental: _____

Información de la Farmacia

Por favor, indique la farmacia que le convenga para enviar electrónicamente las recetas necesarias para su hijo.

Nombre de farmacia: _____
Dirección de la farmacia: _____
Teléfono de Farmacia: _____

Información Sobre el Seguro Médico

¿Tiene el estudiante MEDICAID? ❑ Sí ❑ No
Medicaid # _____ Seq.# _____

¿Su hijo tiene cualquier otro tipo de seguro de salud? ❑ Sí ❑ No

Nombre de seguro medico: _____
Número de cobertura: _____

Si su hijo no tiene seguro de salud, le gustaría ser contactado por un profesional de seguros? ❑ Sí ❑ No

¿Cuál es el mejor momento para contactarlo? _____

Cuadro #1 Consentimiento de Los Padres Por Los Servicios Recibidos En el Centro de Salud Escolar

He leído y entiendo los servicios detallados que también incluyen Servicios Dentales en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar). Mi firma en la línea amarilla da consentimiento para que mi hijo/a reciba todos los servicios proporcionados por ***Urban Health Plan, Inc. Centro Escolar de Salud***.

❑ Marque esta casilla y firme aquí si **NO Desea** que su hijo(a) reciba Servicios DENTALES _____

Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir examines obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están casados legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad (última página del paquete). Mi firma también da mi consentimiento para contactar a otros proveedores que han examinado a mi hijo(a).

X_____ _____
Firma del Padre/Guardián **Fecha**

Cuadro #2 Autorización de Padres de Conformidad Con La Ley de Responsabilidad Y Portabilidad del Seguro Medico *(HIPAA)* Para La Divulgación de Información Sobre la Salud

Leí y comprendo la divulgación de Información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.

X_____ _____
Firma del Padre/Guardián **Fecha**

Cuadro #1 Servicios Del Centro de Salud Escolar

Mi firma autoriza que mi hijo(a) reciba servicios de atención médica a cargo de los profesionales de salud licenciados por el Estado de **Urban Health Plan, Inc.** como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de confirmidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de **servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes**:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnosis, tratamiento y recomendaciones.
6. Para los Estudiantes Adolescentes: Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación Sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedad- des transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, según la edad apropiada y médicamente indicado.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol Y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, según la edad apropiada y médicamente indicado.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnosis, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles. *Asegúrese de firmar la línea roja en la página principal si NO DESEA que su hijo(a) reciba servicios DENTALES en la escuela.*
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

Cuadro #2

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO *(HIPAA)* PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Mi firma en la primera página autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrian impeder la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo a **Urban Health Plan, Inc.** Centro de Salud Escolar para que información médica especifica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por la ley o la información del Canciller
Regulación que incluye pero no se limita a:

*Examen Físico Completo
(formulario CH- 205 o exámenes deportivos equivalentes, etc.)
* Vacunas (requeridas/recomendadas)
* Resultados de exámenes de vista y oído
* Resultados del examen de tuberculina
* Cobertura de seguro de salud

Información para proteger la salud y la seguridad:

*Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia que incluye enfermedad crónica
* Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante
*Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (sin incluir VIH o otras enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley)
* Inscripción en el Centro de Salud Escolar.
* Programa de educación individualizada (IEP)

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

Desde: la fecha de la firma en la primera pagina

Hasta: la fecha en que el estudiante deja de estar registrado en el centro de salud escolar (SBHC)

Nota: Este Formulario de consentimiento de los padres del centro de salud basado en la escuela ha sido aprobado por el DOE / OSH

Revisado 07/30/19

Urban Health Plan, Inc.
School-Based Health Program

Forma de Historia Preliminar

Nombre de Estudiante_____**Fecha de Nacimiento**_____**Escuela** _____

Historia Medica del nino(a)

¿Tiene su niño(a) algún problema médico? ☐ Si ☐ No
¿Sí contestó si, especifique? _____

¿Su niño(a) ha sido hospitalizado o tenido alguna cirugia? ☐ Si ☐ No
Cuando? _____
Hospital?_____
Razón? _____

¿Su niño(a) es alérgico a algún medicamento o comida?¿Sí contestó si,a qué? ☐ Si ☐ No
_____

¿Su niño(a) toma algún medicamento? ☐ Si ☐ No
¿Sí contestó si, especifique? _____

¿Como considera usted la salud general de su niño(a)?
☐ Excelente ☐ Bien ☐ Decente ☐ Pobre

Historia Social del nino(a)

¿Adonde esta viviendo el niño(a) ahora?
☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Una casa de desamparados (Shelter) ☐ Otro _____

¿Alguien en su casa fuma? ☐ Si ☐ No

¿Se siente que vive en un lugar seguro? ☐ Si ☐ No

¿Su niño(a) ha sido testigo o victima de maltrato físico o abuso sexual? ☐ Si ☐ No

¿Su niño(a) ha hablado de herirse o herir a otros? ☐ Si ☐ No

¿Tienes alguna preocupación acerca de lo siguiente?

¿El comportamiento del niño(a)? ☐ Si ☐ No

¿Capacidad de aprendizaje? ☐ Si ☐ No

¿ Depresión o cualquier otra preocupacion? ☐ Si ☐ No

Historial Médica De La Familia

Alguien en la familia tiene alguna de las siguientes condiciones médicas? ¿Sí contestó si, quien?

Asma _____ ☐ Si ☐ No

Diabetes _____ ☐ Si ☐ No

Alta Presión _____ ☐ Si ☐ No

Problemas de drogas/alcohol _____ ☐ Si ☐ No

Enfermedad mental _____ ☐ Si ☐ No

Problemas del corazón _____ ☐ Si ☐ No

otro _____

Creencias Familiares

¿Hay alguna creencia o práctica que deberíamos saber al proporcionar servicios a su hijo en el SBHC? ☐ Si ☐ No

¿Sí contestó si, especifique? _____

Reglas sobre el método de cobro al seguro

En el SBHC, puedes recibir servicios médicos gratuitos, sin importar que tipo de seguro médico tenga. Aunque SBHC puede facturarle a su seguro médico, no cambiaremos su médico primario y no le cobraremos un copago. Si recibe una factura, es un error y debe llamar nuestra atención para corrección.

Si su hijo(a) NO tiene seguro de salud, le gustaría ser contactado por un profesional de seguros? ❑ **Sí** ❑ **No**

Si contesto si, ¿cuál es el mejor número para contactarlo?
_____

¿Cuál es el tamaño de su familia? _____

¿Cuál es su ingreso combinado del hogar? _____

Urban Health Plan, Inc.
School-Based Health Program

HIPAA Liberación de Información Médica

Estimados Padres/Guardian:

Para mejor coordinar la atencion medica de su hijo(a), tenemos que informar al médico de su hijo(a) que su paciente está inscrito en el Centro de Salud Escolar (SBHC). Firmando este documento nos dara el permiso para poder asistir a su hijo(a) con su atencion medica comprensiva. Firmando este formulario **NO Cambia** su plan de seguro medico y **No Cambia** al Doctor actual de su hijo (a). Favor de completar la siguiente información.

Yo Autorizo (Nombre de el Doctor) _____ a revelar cualquier información médica incluyendo pero no limitado a los planes de tratamiento actuales y el Examen Físico más reciente sobre (nombre del niño) _____ (fecha de nacimiento del niño) _____ a el Centro de Salud Escolar (SBHC) de Urban Health Plan, Inc.

Como padre, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica que se menciona a continuación. Puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.

X_____ _ **Una vez graduado**

Firma de Padres/Guardian y fecha **Fecha de vencimiento del evento**

Dear Doctor:

Your patient, _____ (D.O.B.) _____ has enrolled in the School Based Health Center at (School Name) _____. The school based health center can provide the following services while the student is at school **without** having to change their Primary Care Provider. These services will not affect the PCP's visits for capitation.

Services offered at the SBHC include but are not limited to: Well Visits, sick visits, immunizations, physical exams, routine screenings, labs, medication administration and chronic care follow up.

The parent has authorized for you to release the following information about your patient:
Last Physical Exam, most recent blood work, medical summary, and a list of medication (If any).

Please send the information to:

Urban Health Plan Inc.
Health Information Management Department
1065 Southern Blvd, Bronx, NY 10459
Or via Fax to 718-617-7943

CONFIDENTIALITY SAFEGUARDS: In compliance with HIPAA, confidentiality mandates permission for this personal health information has been obtained by the patient, and as such, this letter should be treated as highly confidential records and not shared without the patients permission.

Facturar por sus servicios

•Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).
Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

•Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
•Prevención de enfermedades.
•Ayuda con el retiro de productos del mercado.
•Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
•Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
•Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

•Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

•Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

•Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

•Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

•Podemos utilizar o compartir su información médica:
-En reclamos de compensación de trabajadores.
-A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
-Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

•Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

•Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
•Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
•Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
•No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.
Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros Socios Comerciales y sus subcontratistas podemos utilizar y divulgar su "Información Médica Protegida" (PHI, por sus siglas en inglés) para realizar operaciones de tratamiento, pago o asistencia médica, y para otros fines que están permitidos o son exigidos por ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su PHI. La PHI es información sobre usted, que incluye información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su estado de salud física o mental presente, pasado o futuro y servicios de asistencia médica relacionados. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad NO es una autorización.
Existen otras leyes de privacidad que también se aplican a información relacionada con el VIH, planificación familiar, salud mental, notas de psicoterapia y abuso de sustancias. La difusión de dicha información está sujeta a estándares de privacidad más estrictos y requiere su permiso explícito.
Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a esta información.
Revísela detenidamente.
Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, solicite hablar con nuestro Funcionario de Privacidad en persona o por teléfono llamando a nuestro número de teléfono principal (718)-589-2440.

Urban Health Plan, Inc.

Urban Health Plan, Inc.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:
•Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
•Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
•Solicitar comunicación confidencial.
•Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
•Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
•Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
•Elegir a alguien que actúe en su nombre.
•Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:
•Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
•Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
•Lo incluimos en un directorio hospitalario.
•Proporcionamos atención médica mental.
•Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
•Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:
•Lo atendemos.
•Dirigimos nuestra organización.
•Facturamos por sus servicios.
•Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
•Realizamos investigaciones médicas.
•Cumplimos con la ley.
•Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
•Trabajamos con un médico forense o director funerario.
•Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
•Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

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

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

•Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
•Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

•Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta.
Pregúntenos cómo hacerlo.
•Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

•Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica
(por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia
a una dirección diferente.
•Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo queutilizamos o compartimos

•Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
•Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

•Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
•Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

•Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

•Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
•Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

•Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
•Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de
Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
•No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.
Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

•Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
•Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
•Incluyamos su información en un directorio hospitalario.
Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

•Propósitos de mercadeo.
•Venta de su información.
•La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

•Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

•Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

•Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.