

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR



En nuestro centro de salud escolar, su hijo puede recibir los servicios que se detallan a continuación, **independientemente de su estado migratorio. Aceptamos todos los seguros** y proporcionamos asistencia de seguro. Su hijo puede usar nuestros servicios y ver a sus otros doctores también.

**La forma en que accede a la atención médica no cambia, simplemente se vuelve más fácil:**

- **Continúa manteniendo su mismo seguro.**
- **Sigue usando a su médico privado, con quien trabajaremos para garantizar que su hijo reciba la mejor atención.**
- **Puede seguir viendo al médico de su hijo tanto como lo necesite, sin importar cuánto use nuestro centro.**

## **LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA INCLUYEN:**

- **Exámenes físicos completos**
- **Vacunas**
- **Primeros auxilios**
- **Cuidado crónico (diabetes, asma, etc.)**
- **Cuidado de salud mental**
- **Acceso a la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Puede comunicarse con nuestros médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando su hijo esté enfermo llamando al 212-923-1495 . Toda la información proporcionada se mantiene con idencial.

**DEVOLVER EL FORMULARIO A  
LA SALA A127 o por correo electrónico  
a [WaHisBHC@childrensaidnyc.org](mailto:WaHisBHC@childrensaidnyc.org)**

**Children's Aid**  
Mirabal Sisters Campus  
School Based Health  
Center  
21 Jumel Place RM A127  
New York, NY 10032  
212-923-1495

**CAJA 1. SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de CHILDREN'S AID como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los 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, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Orientación sobre nutrición y peso.
7. 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 enfermedades transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
8. 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, de acuerdo con la edad.
9. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
10. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
11. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

**CAJA 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 al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir 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 al CHILDREN'S AID Centro de Salud Escolar para que información médica específica 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 ley o por**

**Disposición del Canciller pero no limitado a:**

- 1) Examen físico (Formulario CH-205 o equivalente por ejemplo exámenes físicos para deportes)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

**Información para proteger la salud y la seguridad**

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (**excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.**)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (*SBHC*)
- 6) Programa de Educación Individualizado (*IEP*)

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

**Desde:** Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

**Hasta:** Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de Salud Escolar (*SBHC*)

**NOTA:** Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por la Oficina de Salud Escolar del Departamento de Educación

**POR FAVOR CERCÍORESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**



*Su hijo/a puede recibir servicios en el Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firma en este Consentimiento **no cambia** su plan de seguro médico, **no cambia** su doctor privado, y **no afecta** la cantidad de visitas que puede hacer a su médico privado.*

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Mes Día Año*

Dirección del Estudiante: \_\_\_\_\_

*No. Apt. Ciudad Estado Apartado Postal*

E-mail del estudiante: \_\_\_\_\_

Celular del estudiante: \_\_\_\_\_  Está bien enviar mensaje de texto

\*\*Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Grado: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano/Latino  Asiático/Isleño del Pacífico  
 Blanco/No Hispano  Indio/Nativo Americano  
 Negro/No Hispano  Otra \_\_\_\_\_

*\*\*Indica que esto es opcional y es sólo para verificar el seguro*

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES**

**Padres/Guardián legal:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Celular Casa Trabajo*

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Padres/Guardián legal:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Celular Casa Trabajo*

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Si es tutor/guardián legal, indique relación con el estudiante:**

Abuelo/a  Tío/a  Padre/Madre de acogida (Foster parent)

Otro: \_\_\_\_\_

**Contacto adicional de emergencia (aparte del padre o tutor)**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Celular Casa Trabajo*

**INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIOS Y SEGURO MÉDICO**

**Indique el nombre del Médico Primario del estudiante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el exámen físico más reciente? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mes/fecha)

**Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



**Por favor provea una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro médico al Centro de Salud Escolar**

**¿Tiene el estudiante Medicaid?**

No  Sí: Medicaid ID#: \_\_\_\_\_

**¿Tiene el estudiante Child Health Plus?**

No  Sí: CHP # \_\_\_\_\_

**¿Qué plan tiene con Medicaid/CHP?**

Affinity  Empire BC/BS Health Plus/Amerigroup  MVP

Fidelis  United Healthcare  Metro Plus  Healthfirst

WellCare  Emblem Health(HIP/GHI)  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Tiene el estudiante otro seguro de salud?**

No  Sí, Plan de salud: \_\_\_\_\_

Número de póliza/ID Miembro: \_\_\_\_\_

Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante le llame para ayudarle a obtener un seguro de salud?  No  Si

¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? \_\_\_\_\_

*(La mayoría de los niños y adolescentes en el Estado de Nueva York son elegibles para seguro médico gratuito sin importar su estatus migratorio)*

**Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR.**

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Centro Escolar de Salud de Children's Aid. AVISO: Por ley, no se requiere autorización de los padres para conducir exámenes 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 legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (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/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**

**CHILDREN'S AID - HEALTH AND WELLNESS DIVISION  
HISTORIAL MEDICO**



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Tiene el estudiante un Dentista privado que frecuenta?  Si  No

¿Tiene su hijo(a) alergias a medicamentos o alimentos?  Si  No

Nombre del Medicamento(s): \_\_\_\_\_

Nombre de (los) alimento(s): \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo(a) medicamentos diario?  Si  No

Medicamento(s): \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alergia a los guantes de goma Latex?  Si  No

**Enfermedades en el pasado: Por favor, indique las enfermedades que haya tenido su hijo(a).**

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Papera           | <input type="checkbox"/> Varicela                  | <input type="checkbox"/> Meningitis    | <input type="checkbox"/> Sarampión Común  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Sarampión Alemán | <input type="checkbox"/> Infección en las vías urinarias |
| <input type="checkbox"/> Pulmonía         | <input type="checkbox"/> Otras Enfermedades: _____ |  |   |  |

**¿Tiene o ha tenido su hijo/a algún problema de salud? Por favor indique las enfermedades que tenga o haya tenido su hijo(a).**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                                   | <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Bajo peso o desnutrición/sobrepeso | <input type="checkbox"/> Cáncer                      |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                                  | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/Migrañas           | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                           | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado           | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón               | <input type="checkbox"/> Enfermedad Intestinal       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o Rasgos de Anemia Falciforme | <input type="checkbox"/> Enfermedad/Problema del corazón | <input type="checkbox"/> Envenenamiento con plomo           |  |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                            | <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística                | <input type="checkbox"/> Frecuente infecciones de garganta  | <input type="checkbox"/> Infección de oídos          |
| <input type="checkbox"/> Mareo/Desmayo                            | <input type="checkbox"/> Presión Alta                    | <input type="checkbox"/> Problema de audición               | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Problema de los huesos                   | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista           | <input type="checkbox"/> Problemas de menstruación          | <input type="checkbox"/> Problema de respiración     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides                    | <input type="checkbox"/> Problema Dental                 | <input type="checkbox"/> Problema Emocional                 | <input type="checkbox"/> Resfriados y tos frecuente  |
| <input type="checkbox"/> Salpullidos                              | <input type="checkbox"/> Sangrado                        | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón                  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                |

**Hospitalización: ¿Ha estado su hijo(a) hospitalizado?  Si  No**

Fecha: _____	Nombre del Hospital: _____	Razón: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Condiciones Médicas Familiares: ¿Tiene o ha tenido algún familiar (vivo o difunto) con uno de los siguientes problemas médicos?**

Condición Médica	Relación con el Estudiante	Difunto
<input type="checkbox"/> Asma	_____	Si No
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	Si No
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	_____	Si No
<input type="checkbox"/> Epilepsia	_____	Si No
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	Si No
<input type="checkbox"/> Presión Alta	_____	Si No
<input type="checkbox"/> Muerte súbita	_____	Si No
<input type="checkbox"/> Ninguna		

\* Por favor, indique cualquier otra preocupación que usted tenga sobre su hijo(a): \_\_\_\_\_

**X Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Para uso de la oficina)

Reviewed by Physician, NPP, RN or PA: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este aviso o desea más información, puede comunicarse con nuestro funcionario oficial de privacidad al 347.778.5396.

## 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 que utilizamos 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 en la parte superior de esta página.
- 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](http://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.

(cont...)

# Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades. (cont.)

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.*

### Facturar por sus servicios

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

*Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

### Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud

Podemos utilizar y divulgar su información médica personal para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos utilizar y divulgar su información médica personal para hablar con usted acerca de las alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

### Acceso de los padres

Las leyes estatales de acceso de los padres sobre los menores permiten o requieren divulgación de cierta información médica personal a los padres, tutores y personas que actúan en una situación jurídica similar. Actuaremos de acuerdo a las leyes de Nueva York y se revelará información bajo esas leyes.

## ¿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](http://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](http://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.

La fecha efectiva de este aviso es de octubre de 2013.



**Children's Aid**  
Every step of the way