

Paquete de inscripción de telesalud

Versión en inglés

Complete todas las páginas

Asegúrese de completar toda la información del paquete, firmando y fechando todas las áreas requeridas. Este paquete de inscripción solo se debe completar una vez. Cada año escolar, recibirá un breve formulario de actualización de información para completar y devolver. Si desea retirar a su hijo de la Clínica de Telesalud del Sistema Escolar del Condado de Mitchell, proporcione un aviso por escrito de dicha solicitud. Gracias por su interés en este programa.

Luellen Tucker, Coordinador de Telesalud

Mitchell County School System Clinic
STUDENT INFORMATION PACKET

Date/Fecha _____ Grade/Grado _____ Homeroom/Maestra _____

School year/ Año Escolar _____

Patient Information / Información del Paciente

Name/Nombre _____ Primary Language/Idioma Principal _____

Social Security Number/Numero de Seguro Social _____

Sex/El Sexo: M / F Race/Raza _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____

Age/Edad _____ Place of Birth/ Lugar de Nacimiento _____

Street _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

County/Condado _____

Student Resides With/ Estudiante Vive Con: **Mother/ Madre** **Father/ Padre** **Both Parents/ Ambos padres**

Grandparents/ Abuelos **Aunt/ tía** **Uncle/ Tío** **Other/ Otros:** _____

Mother's/Guardian's Information / Información de Guardian o de La Madre

Name/Nombre _____ Relationship to Patient/ Relación con el Paciente _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____

Social Security Number/Numero de Seguro Social _____

Street _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

County/Condado _____ Employer/Empleador _____

Department/Departamento _____ Title/Título _____

Work Number/Extension/Numero del Trabajo o Extensión _____

Home Phone/Teléfono de Casa _____ Cell Phone/ Teléfono Celular _____

Other/Otro _____ Primary Language/Idioma Principal _____

Email Address/Correo Electronico _____

Father's /Guardian's Information/Información de Guardian o de El Padre

Name/ Nombre _____ Relationship to Patient/ Relación con el Pacient _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____

Social Security Number/Numero de Seguro Social _____

Street Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

County/Condado _____ Employer/Empleador _____

Department/Departamento _____ Title/Titulo _____

Work Number/Extension/Numero del Trabajo o Extensión _____

Home Phone /Teléfono de Casa _____ Cell Phone/ Teléfono Celular _____
Other/Otro _____ Primary Language/Idioma Principal _____

Email Address/Correo Electronico _____

Person to Notify in Case of Emergency (other than parent/guardian)/ Persona para Notificar en Caso de Emergencia(Que no sea padre o guardian)

Name/Nombre _____

Relationship to Patient/ Relación con el Paciente _____

Street Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

County/Condado _____

Home Phone/Teléfono de Casa _____ Cell Phone/ Teléfono Celular _____

Other/Otro _____

In order for your child to receive services at Mitchell County School System Clinic, this consent form must be completed and proper documentation of insurance obtained. / Para que su hijo(a) reciba los servicios del Centro de Telesalud en Mitchell County School System Clinic, este formulario de consentimiento debe ser completado y la documentación adecuada de los seguros obtenido.

I hereby voluntarily give my consent for my child listed above to receive telehealth services through Mitchell County School System Clinic. I authorize any physician or designated health/mental health professional working with Mitchell County School System Clinic to provide care. I understand that additional consent will be obtained prior to each appointment. I have been advised and understand the risks, benefits, and consequences of telemedicine. I understand that I have the right to refuse or withdraw consent to telemedicine consultations for my child at any time without affecting the right to future care or treatment. /Yo doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo(a), mencionado anteriormente, reciba los servicios de telesalud a través del centro de telesalud de la escuela Mitchell County School System Clinic. Autorizo a cualquier medico o profesional de salud o salud mental designado con Mitchell County School System centro de telesalud para proporcionar atención. Entiendo que el consentimiento adicional se obtendrá antes de cada cita. Se me ha informado y entiendo los riesgos, beneficios y consecuencias de la telemedicina. Entiendo que tengo el derecho a denegar o retirar el consentimiento a las consultas de telemedicina para mi hijo/a en cualquier momento sin afectar el derecho a la atención o futuro tratamiento.

Parent/Guardian Signature/ Firma de Padre o Guardian _____

Date/Fecha _____

MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MÉDICO

Name of Primary Care Physician/ Nombre del Médico de Atención

Primaria _____

Address/Dirección _____

Phone Number/Número de Teléfono _____

Date Last Seen/ Fecha Visto por Última vez _____

Name of Dentist/ Nombre del Dentista _____

Address/Dirección _____

Phone Number/Número de Teléfono _____

Date Last Seen/ Fecha Visto por Última vez _____

Name of any other Health Care Provider/ Nombre de Cualquier otro Proveedor de Atención

Médica _____

Address/Dirección _____

Phone Number/Número de Teléfono _____

Date Last Seen/ Fecha Visto por Última vez _____

Name of Pharmacy/ Nombre de Farmacia _____

Address/Dirección _____

Phone Number/Número de Teléfono _____

List Medication Allergies/ Lista de alergias a Medicamentos _____

List all Medical Problems/ Lista de todos los Problemas Médicos _____

List all Previous Surgeries/Lista de todas las Cirugías Anteriores _____

Family History/ Antecedentes Familiares (Ex: hypertension, cancer, ect. / Hipertensión, Cancer, ect.)

Mother/Madre _____

Father/Padre _____

Medication List (Include dosage and time)/ Lista de Medicamentos(Incluir la dosis y tiempo)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Please list any religious/personal beliefs that Mitchell County School System Clinic needs to be aware of in addressing your care/*Por favor lista cualquier creencia religiosa o personal que Mitchell County School System Centro de Telehealth necesita para estar al tanto de abordar su cuidado:*

PLEASE CHECK ALL THAT APPLY/ POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE

CORRESPONDAN

	ENDOCRINE/ ENDOCRINO	Decreased hearing/ <i>Disminución de la audición</i>	Swelling in joints/ <i>La inflamación en las articulaciones</i>
	Swelling under arms or neck/ <i>Hinchazón debajo de los brazos o cuello</i>	Ear pain/ <i>Dolor de oído</i>	Muscle weakness/ <i>Debilidad muscular</i>
	Weakness and tiredness/ <i>Debilidad y cansancio</i>	Ear drainage/ <i>Drenaje del oídos</i>	INFECTIONS
	Always hungry/ <i>Siempre con hambre</i>	ringing in ears/ <i>Zumbido en los oídos</i>	Hepatitis B/ <i>Hepatitis B</i>
	Increased thirst/ <i>Aumento de sed</i>	Allergies (seasonal)/ <i>Alergias(de temporada)</i>	Hepatitis C/ <i>Hepatitis C</i>
	Increased urination/ <i>Aumento del la orina</i>	Sinus problems/ <i>Problemas de sinusitis</i>	HIV/AIDS/ <i>VIH o SIDA</i>
	Tends to be too hot/ <i>Tiende ser caliente</i>	Frequent nose bleeds/ <i>Hemorragias nasals frecuentes</i>	PULMONARY/ PULMONAR
	Tends to be too cold/ <i>Tiende ser friolento</i>	Frequent sore throat/ <i>Dolor de garganta frecuente</i>	Chronic snoring/ <i>Ronquido Crónico</i>
	Frequent fever and chills/ <i>Fiebre frecuente y escalofríos</i>	Tongue or mouth sores/ <i>Llagas en lengua o boca</i>	Persistent cough/ <i>Tos persistente</i>
	Night sweats/ <i>Sudores nocturnos</i>	Goiter / thyroid problems/ <i>Bocio/Problemas de tiroides</i>	Coughing up blood/ <i>Tos con sangre</i>
	Problems going to sleep/ <i>Problemas al irse a dormir</i>	Neck pain or lumps/ <i>Dolor en el cuello o bultos</i>	Tuberculosis/TB (or exposure to)/ <i>la tuberculosis/TB (o la exposición a)</i>
	Waking after falling asleep/ <i>Despertarse después de dormir</i>	Change in sound of voice/ <i>Cambio en el sonido de la voz</i>	Sleep apnea/ <i>Apnea del sueño</i>
	Recent weight gain/ <i>Reciente aumento de peso</i>	Dental problems/ <i>Problemas dentales</i>	COPD/ EPOC
	Recent weight loss/ <i>Reciente pérdida de peso</i>	MUSCULOSKELETAL/ MUSCULOESQUELÉTICO	Asthma/ <i>Asma</i>
	Diabetes/ <i>Diabetes</i>	Gout/ <i>Gota</i>	GENITOURINARY/ GENITOURINARIO
	EARS, NOSE, THROAT/ OIDOS , NARIZ , GARGANTA	Pain in fingers or hands/ <i>Dolor en los dedos o las manos</i>	Frequent urination/ <i>Necesidad frecuente de orinar</i>
	Wears glasses or contacts/ <i>Usa gafas o contactos</i>	Muscle or joint pain/ <i>Dolor muscular o de las articulaciones</i>	Burning with urination/ <i>Ardor al orinar</i>
	Eye drainage/ <i>Dranaje del ojo</i>	Leg cramps with exercise/ <i>Calambres en las piernas con el ejercicio</i>	Difficulty starting urination/ <i>Dificultad para iniciar micción</i>
	Blurry vision/ <i>Vision borrosa</i>	Leg cramps at night/ <i>Calambres en las piernas por la noche</i>	Incontinence / <i>Incontinencia</i>
	Recent changes in vision/ <i>Recientes cambios en la vision</i>	Arthritis/ <i>Artritis</i>	Kidney disease/ <i>Enfermedad</i>

	<i>Recientes cambios en la visión</i>			<i>renal</i>
	<i>Kidney stones/ Cálculos renales</i>	<i>Difficulty swallowing/ Dificultad al pasar comida</i>		
	HEMATOLOGICAL/ HEMATOLÓGICO	<i>Stomach pain/ Dolor de estómago</i>		BEHAVIORAL /MENTAL/ CONDUCTUALES/ MENTALES
	<i>Anemia/ Anemia</i>	<i>Change in bowel habits/ Cambio en los hábitos intestinales</i>		<i>Nightmares/ Pesadillas</i>
	<i>Sickle cell disease/ Enfermedad de células falciformes</i>	<i>Frequent diarrhea/ Diarrea frecuente</i>		<i>Bed wetting/ Enuresis</i>
	<i>Bleeds or bruises easily/ Sangra o moretones con facilidad</i>	<i>Frequent constipation/ Estreñimiento frecuente</i>		<i>Eating problems/ Problemas alimenticios</i>
	<i>Cancer- Explain type in line below/ Canser- Explicar tipo</i>	<i>Incontinence / Incontinencia</i>		<i>Thumb sucking/ Se chupa el dedo</i>
	<i>Chemo/radiation exposure/ Quimioterapia o exposición a la radiación</i>	<i>Bloody stools/ Heces con sangre</i>		<i>Discipline problems/ Problems de disciplina</i>
	NEUROLOGICAL/ NEUROLÓGICO	<i>Rectal pain/ Dolor rectal</i>		<i>Overactive / hyperactive/ Hiperactivo(a)</i>
	<i>Frequent headaches/ Dolores de cabeza</i>	<i>Hemorrhoids/ Hemorroides</i>		<i>Overly shy/ Desmasiado tímido</i>
	<i>Migraines/ Migrañas frecuentes</i>	<i>Rectal fissures/ Fisuras rectales</i>		<i>Sleeping problems/ Problemas para dormir</i>
	<i>Seizures/ Convulsions</i>	<i>Parasites or worms/ Parásitos o gusanos</i>		<i>Developmental delays/ Retrasos en el desarrollo</i>
	<i>Stroke or paralysis/ Derrame cerebral o parálisis</i>	<i>Pancreatitis/ Pancreatitis</i>		<i>Learning disabilities/ Problemas del Aprendizaje</i>
	<i>Memory problems/ Problemas de memoria</i>	CARDIOVASCULAR/ CARDIOVASCULAR		<i>Depression/ Depresión</i>
	<i>Confusion/Confusion</i>	<i>Chest pain/ Dolor de pecho</i>		<i>Anxiety/ Ansiedad</i>
	<i>Meningitis/ La meningitis</i>	<i>Palpitations or fluttering in chest/ Palpitaciones en el pecho</i>		<i>Hears Voices/ Oye Voces</i>
	<i>Nerve damage to feet / hands/ Daño a nervios de pies o manos</i>	<i>Dizziness / fainting/ Mareos o desmayos</i>		<i>Angry/ Enojado</i>
	GASTROINTESTINAL/ GASTROINTESTINALES	<i>Swelling in hands / feet/ Hinchazón de las manos o pies</i>		<i>Tobacco use/ Uso de tabaco</i>
	<i>Frequent heartburn/ Acidez frecuente</i>	<i>High blood pressure/ Presión arterial alta</i>		<i>Alcohol use/ Uso de alcohol</i>
	<i>Decreased appetite/ Disminución del apetito</i>	<i>High cholesterol/ cholesterol alto</i>		<i>Drug use / Uso de drogas</i>
	<i>Frequent nausea or vomiting/ Náuseas o vómitos</i>	<i>Shortness of breath with exercise/ Falta de aliento con el ejercicio</i>		<i>Mental disorder – explain below/ Trastorno mental- Explicar</i>
	<i>Liver disease/ Enfermedad hepática</i>	<i>Heart murmur/ Soplo cardíaco</i>		MALE ONLY/ HOMBRES SOLAMENTE
	<i>Jaundice/ Ictérica</i>			<i>Weak urine stream/</i>

AUTHORIZATION TO BILL INSURANCE/ AUTORIZACIÓN PARA PROYECTO DE LEY DE SEGUROS

Please note that Mitchell County School System is not responsible for billing or for the collection of any associated fees for the services provided. **Your insurance will be billed by the physician's office, and you will be responsible for copays, deductibles, or any other charges not covered by your insurance./**
Tenga en cuenta que Mitchell County School System no es responsable de la facturación o colección de los costos asociados a los servicios prestados. Su seguro será facturado por el consultorio del médico, y usted será responsable de los copagos, deducibles o cualquier otro cargo no cubiertos por su seguro.

Patient's Name/ *Nombre del Paciente* _____

Patient's Birth Date/ *Fecha de Nacimiento del Paciente* _____

Patient's Social Security Number/ *Número de Seguro del Paciente* _____

Primary Insurance Company/Compañía de Seguros Primaria

Insurance Company/ *Compañía de Seguros* _____

Name of person insured/ *Nombre de la Persona Asegurada* _____

Insured's Birth Date/ *Fecha de nacimiento del Asegurado* _____

Insured's Social Security Number/ *Número de Seguro del Asegurado* _____

Group Number/ *Número de Grupo* _____

Policy or Member Number/ *Número de Póliza o Miembro* _____

Secondary Insurance Company/Segunda Compañía de Seguros

Insurance Company/ *Compañía de Seguros* _____

Name of person insured/ *Nombre de la Persona Asegurada* _____

Insured's Birth Date/ *Fecha de nacimiento del Asegurado* _____

Insured's Social Security Number/ *Número de Seguro del Asegurado* _____

Group Number/ *Número de Grupo* _____

Policy or Member Number/ *Número de Póliza o Miembro* _____

Responsible Party/Persona Responsable de Pago

Name/ *Nombre* _____ Date of Birth/ *Fecha de Nacimiento* _____

Social Security Number/ *Número De Seguro* _____

Employer/ *Empleador* _____

A COPY OF YOUR INSURANCE CARD IS REQUIRED/ SE REQUIERE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO

Information on this form is protected health information (PHI) and is to be treated as confidential under HIPAA rules, privacy & security. All services are charged directly to the patient or the patient's representative and/or insurance company by the provider. Acknowledgement: I consent to the use of PHI for purposes of treatment, payment and operations. I authorize the entity to use the PHI as needed. I authorize that payment of benefits be made on my behalf directly to the provider. I understand that I am financially responsible for all charges not covered by insurance./ *Información de este formulario es información de salud protegida (PHI) y debe ser tratada como confidencial según las reglas, privacidad y seguridad de la Ley Federal de Portabilidad y Contabilidad de Los Seguros de Salud o HIPAA. Todos los servicios se cobran directamente al paciente o representante y /o el seguro del paciente por parte del proveedor. Reconocimiento: Doy mi consentimiento para el uso de PHI para propósitos de tratamiento , pago y operaciones. Autorizo que el individuo utilice la PHI según sea necesario. Autorizo que el pago de los beneficios se hagan en mi nombre directamente al proveedor. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos no cubiertos por el seguro.*

Parent/Guardian Signature/ Firma de Padre o Guardian _____

Date/Fecha _____

HIPAA AND OUR PATIENTS/ HIPAA Y NUESTROS PACIENTES

The HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) Privacy Rule became law in 1996. The Office for Civil Rights enforces the HIPAA Privacy Rule, which protects the privacy of identifiable health information. This rule essentially controls the use and disclosure of what is known as Protected Health Information. We are required to provide you with the attached notice. We encourage you to read the information concerning our privacy practices. It is your copy so feel free to keep it with you. / *La HIPAA (Ley Federal de Portabilidad y Contabilidad de Los Seguros de Salud) Regla de Privacidad se convirtió en ley en 1996. La Oficina de Derechos Civiles hace cumplir la Regla de Privacidad HIPAA, que protege la privacidad de la información identificable. Esta regla controla esencialmente el uso y divulgación de lo que se conocemos como Información de Salud Protegida (PHI). Se nos exige que le entregará en la notificación adjunta. Le animamos a leer la información relativa a nuestras prácticas de privacidad . Es su copia así que siéntase libre de mantenerlo con usted.*

I acknowledge receipt of the HIPAA Notice of Privacy Practices from Mitchell County School System TeleHealth Clinic. See attached HIPAA form. *Reconozco que he recibido la notificación de prácticas de privacidad de HIPAA de la Mitchell County School System Centro Telesalud. Vea el formulario HIPAA adjunta.*

Parent/Guardian Signature/ Firma de Padre o Guardián _____

Date/Fecha _____

(Use this form only if applicable)/ (Utilice este formulario sólo si es aplicable)

Lab Permission Form/ Formulario de Permiso Lab

Mitchell County School System TeleHealth Clinic

I give consent for Mitchell County School System’s School-Based TeleHealth Clinic’s healthcare providers to perform lab tests (*urine dips, flu swabs, and strep swabs*) on my child as requested by a licensed physician./ *Doy mi consentimiento para que los proveedores de atención médica de la Clínica TeleSalud basada en la Escuela de Mitchell County School System para realizar pruebas de laboratorio en la que(salsas orina, hisopos de gripe, e hisopos estreptococo) mi hijo/a lo solicitado por un médico con licencia.*

I understand that my insurance carrier will be billed and any subsequent deductible/balances will be my responsibility./ *Entiendo que mi compañía de seguros será facturado y los saldos / deducibles posteriores será mi responsabilidad.*

I understand that the ordering physician will be the only physician to have access to these results unless requested otherwise./ *Entiendo que el médico solicitante será el único médico para tener acceso a estos resultados a menos que se solicite lo contrario.*

Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre / Tutor _____

Date/ Fecha _____

Mitchell County School System’s School-Based TeleHealth Clinic offers lab services for your convenience. You have the right to use the lab provider of your choice./ Clínica TeleSalud basada en la Mitchell County School System ofrece servicios de laboratorio para su conveniencia. Usted tiene el derecho a utilizar el proveedor de laboratorio de su elección.

NOTICE OF INFORMATION PRACTICES

This notice describes how information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Understand your Health Record/Information

Each time you visit a hospital, physician, or other healthcare provider, a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information, often referred to as your health or medical record, serves as a:

- ◆ Basis for planning your care and treatment
- ◆ Means of communication among the many health professionals who contribute to your care
- ◆ Legal document describing the care you received
- ◆ Means by which you or a third-party payer can verify that services billed were actually provided
- ◆ A tool in education health professionals
- ◆ A source of data for medical research
- ◆ A source of information for public health officials charged with improving the health of the nation
- ◆ A source of data for facility planning and marketing
- ◆ A tool with which we can assess and continually work to improve the care we render and the outcomes we achieve

Understand what is in your record and how your health information is used helps you to:

- ◆ Ensure its accuracy
- ◆ Better understand who, what when, where, and why other may access your health information
- ◆ Make more informed decisions when authorizing disclosure to others

Your Health Information Rights

Although your health record is the physical property of the healthcare practitioner of facility that compiled it the information belongs to you. You have the right to:

- ◆ Request a restriction on certain uses and disclosures of your information as provided by 45 CFR 164.522
- ◆ Obtain a paper copy of the notice of information practices upon request
- ◆ Inspect and copy your health record as provided in 45 CF 164.528
- ◆ Obtain an accounting of disclosures of your health information as provided in 45 CFR 164.528
- ◆ Request communications of your health information by alternative means or at alternative locations
- ◆ Revoke your authorization to use or disclosed health information except to the extent that action has already been taken.

Our Responsibilities

This organization is required to:

- ◆ maintain the privacy of your health Information
- ◆ Provide you with a notice to our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you
- ◆ abide by the terms of this notice
- ◆ notify you if we are unable to agree to a requested restriction
- ◆ accommodate reasonable request you may have to communicate health information by alternative means or at alternative locations

We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all protected health information we maintain. Should our information practices change, we will mail a revised notice to the address you've supplied us.

We will not use or disclose your health information without your authorization except as described in this notice.

For More Information or to report a Problem

If you have questions and would like additional information, you may contact the director of health information managed at **367-9841 extension 1530**

If you believe your privacy rights have been violated, you can file a complaint with the director of health information management or with the Health and Human Services. There will be no retaliation for filing a complaint.

Examples of Disclosures for Treatment, Payment and Health Operations

We will use your health information for treatment.

For example: Information obtained by a nurse, physician, or other member of your healthcare team will be recorded in your record and used to determine the course of treatment that should work best for you. Your physician will document in your record his or her expectations of the members of your healthcare team. Members of your healthcare team will then record the actions they took and their observations. In that way, the physician will know how you are responding to treatment.

We will use our health information for payment.

For example: A bill may be sent to your or a third-party payer. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures, and supplied used.

We will use your health information for regular health operations.

For Example: Members of the medical staff, the risk or quality improvement manager, or members of the quality improvement team may use information in your health record to assess the outcomes in your case and others like it. This information will then be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the healthcare and service to provide.

Business associates: There are some services provided in our organization through contracts with business associates. Examples include physician services in the emergency department and radiology, certain laboratory tests, and anesthesiology services. When these services are contracted, we may disclose your health information to our business associate so that they can perform the job we've asked them to do and bill you or your third-party payer for services rendered. To protect your health information, however, we require the business associate to appropriate safeguard your information.

Patient Satisfaction Survey: We may disclose minimal information in order to complete patient satisfaction surveys, which are conducted to improve services provided by the system.

Directory: Unless you notify us that you object, we will use your name, location in the facility, general condition, and religious affiliation for directory purposes. This information may be provided to members of the clergy and, except for religious affiliation, to other people who ask for you by name.

Notification: We may use or disclose information to notify or assist in notifying a family member, personal representative, or another person responsible for your care, your location and general condition.

Communication with family: Health professionals, using their best judgement, may disclose to a family member, other relative, close personal friend or any other person you identify, health information relevant to that person's involvement in your care or payment related to your care.

Research: We may disclose information to researchers when their research has been approved

by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information.

Coroner, medical examiners, and funeral directors: We may disclose health information for the purpose of identifying a deceased person, determining a cause of death, or duties as authorized by law.

Appointments: We may use your information to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to the individual.

Organ procurement organizations: consistent with applicable law, we may disclose health information to organ procurement organizations or other entities engaged in the procurement, banking, or transplantation of cadaveric organs, eyes, or tissue for the purpose of facilitating donation and transplantation.

Marketing: We may contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternative or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Fund raising: We may contact you as part of a fund-raising effort.

Food and Drug Administration (FDA): We may disclose to the FDA health information relative to adverse events with respect to food, supplements, product and product defects, or post marketing surveillance information to enable product recalls, repairs, or replacement.

Workers Compensation: We may disclose health information to the event authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers compensation or other similar programs established by law.

Public Health: As required by law, we may disclose your health information to public health or legal authorities charged with preventing or controlling disease, injury, disability, or recording vital events such as birth or death.

For example: Information may be disclosed for use in reports of abuse, neglect, or domestic violence or as required by laws that require the reporting of certain types of wounds or other physical injuries. Furthermore, we may disclose information in compliance with requirements of a valid court order, warrant, subpoena, or summons, as well as in response to a law enforcement official's request for such information for the purpose of identifying or locating a suspect, fugitive, material witness, or missing person or about an individual who is or is suspected to a victim of crime.

Correctional institution: Should you be an inmate of a correctional institution, we may disclose to the institution or agents thereof health information necessary for your health and the health and safety of other individuals.

Law enforcement: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid subpoena.

Federal law makes provision for your health information to be released to an appropriate health oversight agency, public health authority or attorney, provided that a work force member or business associate believes in good faith that we have engaged in unlawful conduct or have otherwise violated professional or clinical standards and are potentially endangering one or more patients, workers or the public.

Effective Date: 04 14 03

AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

Este aviso describe cómo la información sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información . Por favor revise cuidadosamente.

Comprender su Expediente de salud / Información

Cada vez que usted visita un hospital , médico u otro profesional de la salud , se hace un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene sus síntomas , exámenes y pruebas , diagnósticos , tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información , a menudo referido como su salud o registro médico , sirve como:

- ♦ Base para planear su cuidado y tratamiento
- ♦ Medios de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado
- ♦ Documento legal que describe la atención que recibió
- ♦ Los medios por los cuales usted o un tercero pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados
- ♦ Una herramienta de los profesionales de salud de educación
- ♦ Una fuente de datos para la investigación médica
- ♦ Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación
- ♦ Una fuente de datos para la planificación de las instalaciones y la comercialización
- ♦ Una herramienta con la que podemos evaluar el trabajo continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que lograr

Entender lo que está en su expediente y cómo la información de salud que se utiliza puede ayudarle a:

- ♦ Asegurar su exactitud
- ♦ Entender mejor quién , qué , cuándo , dónde , y por qué otros pueden acceder a su información de salud
- ♦ Tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros

Sus Derechos de Información de Salud

Aunque su expediente médico es propiedad física del profesional de la salud de la instalación que se cumplió la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- ♦ Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de la información que conforme a lo dispuesto por 45 CFR 164.522
- ♦ Obtener una copia del aviso de prácticas de información a petición
- ♦ Inspeccionar y copiar su expediente médico según se dispone en 45 CF 164.528
- ♦ Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- ♦ Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- ♦ Revocar su autorización para usar o información médica divulgada excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada.

Nuestras Responsabilidades

Esta organización tiene la obligación de :

- ♦ Mantener la privacidad de su salud
- ♦ Proporcionarle un aviso a nuestro ordenamiento jurídico deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted
- ♦ Cumplir con los términos de este aviso
- ♦ Te avisaremos si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada
- ♦ Acomodar solicitud razonable que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer efectivas las nuevas provisiones para toda la información médica protegida que mantenemos . En caso de algún cambio en nuestras prácticas de información , le enviaremos un aviso revisado a la dirección que nos ha proporcionado.

No vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y desea información adicional , puede comunicarse con el director de información de salud administrado en **367-9841 extensión 1530**

Si usted cree que sus derechos han sido violados , puede presentar una queja ante el director de gestión de información de salud o con la salud y servicios humanos . No habrá represalias por presentar una queja.

Ejemplos de divulgación para tratamiento , pago y operaciones de salud

Nosotros usaremos su información de salud para recibir tratamiento.

Por ejemplo: La Información obtenida por una enfermera , médico u otro miembro de su equipo de atención médica se grabará en grabar y utilizó para determinar el curso de tratamiento que sea mejor para usted. Su médico documentará en su expediente sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica . Los miembros de su equipo de atención médica entonces registrarán las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera , el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento

Haremos uso de nuestra información de salud para el pago.

Por ejemplo: Una factura puede ser enviada a usted o un tercero pagador. La información que acompaña la factura puede incluir información que lo identifique , así como su diagnóstico, procedimientos , y suministros utilizados .

Vamos a utilizar la información de salud para operaciones regulares de salud.

Por ejemplo: Los Miembros del personal médico, el gestor de riesgos o mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejoramiento de la calidad pueden usar información de su expediente médico para evaluar los resultados de su caso y otros similares. Esta información será utilizada en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y efectividad de t que la asistencia sanitaria y el servicio a proporcionar.

Asociados de Negocios: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de urgencias y radiología, algunas pruebas de laboratorio y servicios de anestesiología. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros colaboradores para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos pedido y facturarle a usted o a su tercero pagador de los servicios prestados. Para proteger su información de salud, sin embargo, requerimos que el socio de negocios para salvaguardar su información apropiarse.

Encuesta de Satisfacción del Paciente: Podemos revelar información mínima con el fin de completar las encuestas de satisfacción de los pacientes , que se realizan para mejorar los servicios ofrecidos por el sistema.

Directorio: A menos que nos notifique que se opone , usaremos su nombre, ubicación en las instalaciones , condición general y afiliación religiosa con el propósito de directorio. Esta información puede ser proporcionada a miembros del clero y , excepto por afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre .

Notificación: Podemos utilizar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia , representante personal u otra persona responsable de su cuidado , de su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia: Los profesionales de la salud, usando su mejor juicio, puede revelar a un miembro de la familia, otro , amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique , información médica relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

Investigación: Podemos revelar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información de salud.

Forense , los médicos forenses y directores de funerarias: Podemos revelar información de salud con el propósito de identificar a una persona fallecida , determinar la causa de muerte, o de sus funciones según lo autorizado por la ley.

Citas: Podemos usar su información para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para el individuo.

Organizaciones de obtención de órganos: De acuerdo con la ley aplicable , podemos divulgar información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos cadavéricos , ojos, o tejidos con el fin de facilitar la donación y el trasplante.

Comercialización: Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés..

La recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos .

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos revelar a la FDA información de salud relacionada a eventos adversos con respecto a alimentos , suplementos , productos y defectos de productos , o información de vigilancia post marketing para permitir el retiro , reparaciones o reemplazo.

Compensación a trabajadores: Podemos revelar información de salud para el evento se autorice y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Salud Pública: Según lo requiere la ley, podemos divulgar su información de salud para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidad o la grabación de eventos vitales como el nacimiento o la muerte.

Por ejemplo: Se puede revelar información para su uso en los reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica o como es requerido por las leyes que requieren la presentación de informes de ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas. Además, podemos divulgar su información de acuerdo con los requisitos de un válidos orden judicial, orden, citación o emplazamiento, así como en respuesta a la petición de un oficial de la ley para tal información con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida o sobre un individuo que es o se sospecha que es víctima de un delito.

Institución Correccional: Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a sus agentes la información médica necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

Las fuerzas del orden: Podemos revelar información de salud para fines policiales como lo requiere la ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal dispone que su información de salud sea divulgada a una agencia de vigilancia de la salud , autoridad de salud pública o abogado, a condición de que un miembro de la fuerza de trabajo o socio comercial cree de buena fe que hemos participado en una conducta ilegal o que hemos violado de otra forma profesional o estándares clínicos y están potencialmente en peligro uno o más pacientes , los trabajadores o el público.

Día de vigencia: 04 14 03