

Nombre del Niño: _____

Fecha: _____

Nombre de la Escuela: _____

HIPAA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Comprendo que como parte de mi atención médica, el Sistema de Salud Erlanger recibe, origina, mantiene, informa y usa mi información de salud protegida, incluyendo, pero no limitándose a los informes de mi salud y otra información médica que describe mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento, planes de tratamiento y la información acerca del seguro médico y facturación. La información médica se mantiene en papel y electrónicamente. Yo autorizo al Sistema de Salud Erlanger que pueda usar esta información con el propósito de tratamiento, pagos u operaciones para el cuidado médico. Esta autorización específicamente incluye la liberación de información médica concerniente a condiciones relacionadas con el uso de drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas y/o enfermedades infecciosas que incluyen pero no se limitan a las enfermedades de la sangre. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito y el Sistema de Salud Erlanger cumpliría con esto si fuera posible. Sin embargo, el Sistema de Salud Erlanger no se responsabiliza por cualquier acción o información que se haya dado antes de la revocación de esta autorización.

Se me ha suministrado una *Notificación de las Prácticas de privacidad* que explica completamente los usos y la liberación de información que el Sistema de Salud Erlanger pueda hacer con respecto a mi información de salud protegida. Comprendo que tengo el derecho de revisar la **Notificación** antes de firmar este consentimiento. También entiendo que el Sistema de Salud Erlanger se reserva el derecho de cambiar la **Notificación de las Prácticas de privacidad** y si las prácticas de privacidad cambian, se me notificarán los cambios durante mi próxima visita al Sistema de Salud Erlanger. También, puedo obtener una copia actualizada de esta notificación en www.erlanger.org.

Entiendo que no tengo la obligación de consentir al uso y la liberación de mi información de salud protegida para el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Si no consiento, el Sistema de Salud Erlanger puede rehusarse a suministrarme los servicios de cuidado de la salud a menos que se apliquen las leyes federales o del estado que requieren que el Sistema de Salud Erlanger me suministre estos servicios.

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones sobre la liberación de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de la salud. También comprendo que el Sistema de Salud Erlanger no necesita estar de acuerdo con la restricción pedida, pero si está de acuerdo, se sujetará a ese acuerdo. Si hay un pedido de restricción sobre el uso o liberación de información de la salud individualmente identificable, se debe de notificar al Oficial en Jefe de la Privacidad y Seguridad (CPSO) de inmediato. La única persona que está autorizada para aceptar un pedido de restricción es el CPSO.

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito y el Sistema de Salud Erlanger deberá cumplir si es posible. Sin embargo, el Sistema de Salud Erlanger no será responsable por las acciones o liberación de información que se hayan llevado a cabo antes de la revocación de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

Fecha: _____