

Estimado padre/tutor:

El Departamento de Salud y las Escuelas Públicas del Condado de Howard se han asociado para proveer servicios de cuidado de salud exhaustivos en los Centros de Bienestar Escolar que operan en escuelas seleccionadas. Los Centros de Bienestar Escolar ofrecen los siguientes servicios de cuidado de salud por citas a **todos los estudiantes sin importar su seguro de salud o los ingresos familiares:**

- Exámenes físicos - anuales, deportivos, de campamentos y de ingreso a la universidad.
- Diagnósticos y tratamientos de enfermedades y lesiones agudas – **Puede haber citas sin cita previa**
- Manejo de problemas crónicos de salud como asma, obesidad y acné.
- Medicamentos recetados y pruebas de laboratorio rutinarias, como la faringitis estreptocócica, las infecciones de orina y las infecciones de transmisión sexual.
- Exámenes de salud - salud conductual/mental y reproductiva
- Derivaciones para servicios que el centro de bienestar escolar no provee.
- Educación sanitaria

Los médicos y las enfermeras profesionales del Centro proporcionan servicios de salud sólo durante el día escolar y no sustituyen al proveedor de salud habitual de su hijo. El personal del Centro trabaja con el proveedor de su hijo para coordinar su cuidado. Se enviará una copia de la visita de su hijo a su proveedor de salud habitual para coordinar el tratamiento y la gestión del cuidado.

El Centro de Bienestar Escolar solo le facturará a la asistencia médica. **Las familias no son responsables de ningún copago o de los cargos no cubiertos por el seguro médico.**

Se requiere su consentimiento firmado y el llenado del paquete adjunto para que su estudiante se inscriba y reciba servicios en el Centro de Bienestar Escolar, excepto para los servicios cubiertos por las leyes de consentimiento de menores de Maryland.

Se puede proporcionar información adicional y concertar citas enviando un correo electrónico a Howardsbwc@howardcountymd.gov o visitando el sitio web del Departamento de Salud del Condado de Howard: www.howardcountymd.gov/health/school-based-wellness-centers.



Programa de Centros de Bienestar Escolar

Formulario de consentimiento para padres/tutores

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR
Apellido: _____ Nombre: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Mes Día Año Número de Seguro Social (opcional) _____ Sexo/género Masculino Femenino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hombre Mujer transgénero transgénero No binario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispánica <input type="checkbox"/> No Hispánica Raza/ (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativa Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Idioma preferido: _____ Nombre de la escuela: _____ Grado: _____	Madre: Apellido: _____ Nombre: _____ Número/s de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Padre: Apellido: _____ Nombre: _____ Número/s de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Tutor legal (si no es un padre): Apellido: _____ Nombre: _____ Número/s de contacto: _____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO	
Tipo de seguro:	<input type="checkbox"/> Privado (Empleador) <input type="checkbox"/> Asistencia médica <input type="checkbox"/> Sin seguro
Si su hijo no tiene seguro, ¿le gustaría que el personal del Departamento de Salud del Condado de Howard lo contacte y lo ayude para solicitar un seguro?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nosotros solo facturamos a la asistencia médica; las familias nunca son responsables de ninguna parte de una factura impagada.	
Nombre de la organización de atención administrada:	_____
Número de Maryland Medicaid:	_____ ID de miembro: _____

Departamento de Salud del Condado de Howard
 Programa de Centros de Bienestar Escolar
 Formulario de consentimiento para padres/tutores

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Servicios del Centro de Bienestar Escolar

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de salud en el Centro de Bienestar Escolar de proveedores médicos con licencia estatal empleados o contratados por el Departamento de Salud del Condado de Howard. Además, comprendo que, bajo las leyes de consentimiento de menores de Maryland, un menor (una persona menor de 18 años) tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento para recibir educación y derivaciones para: abuso de sustancias, salud reproductiva, problemas de salud mental (16 años o más), y el diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual sin la notificación o consentimiento de los padres/tutores. Se alentará a los alumnos a incluir a sus padres/tutores en las decisiones sobre asesoramiento y cuidado médico. Los servicios del Centro de Bienestar Escolar

- Exámenes de salud y exámenes físicos exhaustivos (examen médico completo), incluidos los de los exámenes de ingreso a la escuela, los controles anuales de niños sanos, los exámenes físicos deportivos y los de ingreso a universidades y campamentos.
- Pruebas de laboratorio básicas prescritas por un médico, que pueden incluir la venopunción y el análisis de otros fluidos corporales, como la orina o las secreciones de la garganta y las heridas, para detectar afecciones como la anemia, las enfermedades de transmisión sexual, la faringitis estreptocócica y la diabetes
- Atención y tratamiento médico, incluidos el diagnóstico de enfermedades y dolencias agudas y crónicas y lesiones y otras condiciones de salud y la distribución y prescripción de medicamentos.
- Vacunas
- Derivaciones para servicios que el centro de bienestar escolar no provee.
- Cuestionarios/encuestas de salud anuales y asesoramiento sobre educación sanitaria y prevención de riesgos.
- Citas a través de la telemedicina cuando las visitas en persona no son posibles.

Firma del padre/tutor (necesario) _____

Fecha: _____

Al firmar aquí, doy permiso a que visiten a mi estudiante, aunque la enfermera de la escuela no pueda contactarme en el momento de la visita. Entiendo que esto solo contempla a estudiantes de segundo grado o mayores.

Firma del padre/tutor (opcional) _____

Fecha: _____

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
 HOJA INFORMATIVA SOBRE EL CONSENTIMIENTO PATERNO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA
 CONSENTIMIENTO PATERNO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA CONFORME A LA HIPAA**

Mi firma en este formulario autoriza la divulgación de información sanitaria para que el Departamento de Salud del Condado de Howard contacte a otros proveedores que hayan examinado a mi estudiante para divulgar cualquier información sanitaria o de otra índole, de manera directa o a través del Sistema Regional de Información para Pacientes de Chesapeake, para ayudar con el manejo y la coordinación del cuidado de la salud de mi estudiante. Esta información puede protegerse de su divulgación por leyes federales de privacidad y leyes estatales.

Al firmar este consentimiento, autorizo que se brinde información sanitaria al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard ya sea porque se requiera por ley o porque sea necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. A petición mía, la instalación o persona que divulgue esta información sanitaria debe proporcionarme una copia de la información compartida. Por ley, los padres deben proveer cierta información a la escuela como la prueba de vacunación. En caso de no proveer dicha información, el estudiante podría ser excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Entiendo que no es obligatorio que autorice la divulgación de la información sanitaria de mi estudiante y que puedo cambiar de parecer y retirar mi autorización escribiendo al Centro de Bienestar Escolar. Sin embargo, una vez realizada la divulgación, no puede revocarse con carácter retroactivo para cubrir la información divulgada antes de la revocación.

Doy mi consentimiento para que el Centro de Bienestar Escolar del Departamento de Salud del Condado de Howard divulgue al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard y el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard divulgue al Centro de Bienestar Escolar del Condado de Howard la información médica que se indica a continuación, con el fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y asegurar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y la seguridad de mi estudiante. Entiendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la normativa de la ley federal y estatal sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por el sistema escolar:

- Examen de nuevo ingreso
- Registro de vacunación
- Resultados de las pruebas de visión y audición
- Resultados de la prueba de la tuberculina

Información para proteger la salud y la seguridad:

- Enfermedades que pueden requerir tratamiento médico de emergencia
- Enfermedades de salud mental, incluidas las evaluaciones, el diagnóstico y el tratamiento
- Diagnósticos de determinadas enfermedades infectocontagiosas (sin incluir la infección por VIH/ITS y otros servicios confidenciales protegidos por la ley)
- Enfermedades que limiten la actividad diaria de un estudiante

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES, ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo sea tratado por el proveedor y el personal del Centro de Bienestar Escolar del Departamento de Salud del Condado de Howard (HCHD SBWC en inglés). También doy mi consentimiento voluntario para el uso y la divulgación de la información sanitaria protegida de mi estudiante para el tratamiento, el pago y las operaciones y otros propósitos que están permitidos bajo la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico sin una autorización por escrito. Autorizo el pago directamente al HCHD por los servicios para los cuales el HCHD acepta la asignación. Se puede utilizar una copia de este acuerdo en lugar del original. Certifico que la información declarada en este formulario es correcta.

Firma del padre/tutor (necesario) _____

Fecha: _____

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

Desde: Fecha de firma del formulario

Hasta: Fecha en que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de Bienestar Escolar

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD PROGRAMA DE CENTROS DE BIENESTAR ESCOLAR

Cuestionario de antecedentes médicos y familiares

Nombre del alumno:	Fecha de hoy:		
INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA FAMILIA			
¿Algún miembro familiar del estudiante (padres, hermanas/os, abuelos) tiene o ha tenido lo siguiente?			
Problema de salud	Sí	No	¿Qué familiar?
Asma			
Diabetes			
Problema de salud mental o psiquiátrico			
Células falciformes			
Tuberculosis			
Problemas de corazón			
Otro:			

¿Quién es el proveedor de salud habitual de su hijo?

Nombre: _____ Teléfono de la oficina: _____

Domicilio: _____

¿Cuándo fue el último examen físico o de bienestar infantil de su estudiante? _____
Día/mes

Indique el nombre y el número de teléfono de su farmacia.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Marque en la casilla cualquier problema de salud que haya tenido su estudiante.

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Diabetes/trastornos endocrinos	<input type="checkbox"/> Infección de oído (frecuente)	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza (frecuente)
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Problemas/soplos cardiacos	<input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Alergias (enumere todas, incluyendo insectos, alimentos y medicamentos):			

Si su estudiante ha sido hospitalizado, proporcione la/s fecha/s y la/s razón/es:

Indique todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma su estudiante:

Nombre de la medicación	Dosis/cantidad que toma	Veces al día

**Su información.
Sus derechos.
Nuestra responsabilidad.**

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. **Revíselo con atención.**

**Sus
derechos**

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico
- Corregir su historial médico en papel o en formato electrónico
- Solicitar una comunicación confidencial
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que lo represente
- Presentar una queja si cree que se han transgredido sus derechos de privacidad

➤ *Para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos, consulte la **página 2**.*

**Sus
opciones**

Tiene algunas opciones en cuanto a la forma en que utilizamos y compartimos información con los siguientes fines:

- Informar a sus familiares y amigos sobre su afección
- Proporcionar ayuda en caso de catástrofe
- Incluirlo en un directorio de hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

➤ *Para obtener más información sobre estas opciones y cómo ejercerlas, consulte la **página 3**.*

**Nuestros
usos y
divulgaciones**

Podemos utilizar y compartir su información con los siguiente fines:

- Tratarlo o ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Facturar o pagar sus servicios
- Administrar su plan de salud
- Prestar ayuda en cuestiones de salud pública y seguridad
- Llevar a cabo investigaciones
- Cumplir la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o un director de funeraria
- Abordar la indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

➤ *Para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones, consulte las **páginas 3 y 4**.*

Sus derechos

Quando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y de cualquier otra información de salud que tengamos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general en un plazo de 21 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable en función de los costos.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos información sobre su salud que considere incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le comunicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma concreta (por ejemplo, al teléfono de su hogar u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si ello pudiera afectar a su atención médica.
- Si paga de su bolsillo la totalidad de un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos con su seguro médico información sobre ese servicio o artículo a efectos de pago o de nuestras operaciones. Aceptaremos esto a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas a tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe por año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable en función de los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ya ha aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

Elegir a alguien que lo represente

- Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.

Presentar una queja si cree que se han transgredido sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos transgredido sus derechos si se pone en contacto con nosotros con la información que figura en la página 5.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al número 1-877-696-6775 o a través de www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de determinada información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, póngase en contacto con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Que compartamos información en caso de catástrofe
- Que incluyamos su información en un directorio de hospital

(por lo general, las entidades del MDH no mantienen directorios para la divulgación a las personas que llaman o a los visitantes. Sin embargo, si una entidad del MDH mantiene un directorio, la información limitada que divulguemos puede incluir su nombre, ubicación en la entidad, su estado general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su religión).

Si no es capaz de decirnos lo que prefiere, por ejemplo si está inconsciente, podríamos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos lo autorice por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos pongamos en contacto con usted para recaudar fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a hacerlo.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarlo y ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibe

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

***Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir información sobre su salud para gestionar nuestra práctica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- Ninguno de nuestros componentes de atención médica considerados planes de salud está autorizado a utilizar información genética para decidir si le proporcionamos cobertura y el precio de la misma. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

***Ejemplo:** Utilizamos información sobre su salud para gestionar su tratamiento y servicios.*

Facturar y pagar sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades o, si corresponde, para pagar sus servicios.

***Ejemplo:** Facilitamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que se haga cargo del pago de sus servicios.*

continúa en la página siguiente

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, por lo general de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Prestar ayuda en cuestiones de salud pública y seguridad

- Podemos compartir información sobre su salud para determinadas situaciones como las siguientes:
 - Prevenir enfermedades
 - Colaborar con la retirada de productos
 - Informar sobre reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sobre sospechas de abusos, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Llevar a cabo investigaciones

- Podemos compartir su información con fines de investigación sobre la salud

Cumplir la ley

- Compartiremos información suya si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o un director de funeraria

- Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando fallece una persona.

Abordar la indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir información sobre su salud:
 - Por reclamos de indemnización laboral
 - Con fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Fines de la información

- A menos que nos proporcione instrucciones alternativas, podemos enviarle recordatorios de citas y otros materiales sobre el programa a su domicilio.

Afecciones particularmente sensibles

- Ciertas instalaciones, unidades y personal de MDH se especializan en proporcionar tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (Programas). La confidencialidad de los historiales de pacientes con trastornos por consumo de sustancias que mantienen estos Programas está protegida por leyes y regulaciones federales especiales, además de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).
- Otros tipos de información de salud pueden tener protección adicional en virtud de la legislación de Maryland. Por ejemplo, la información de salud sobre el VIH/SIDA y la información de salud mental se trata de forma diferente a otros tipos de información de salud en virtud de la legislación de Maryland. Por lo general, estas categorías de información no se divulgarán sin su consentimiento.

Afecciones particularmente sensibles

- El MDH ha elegido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes, Inc. (CRISP, en inglés), el intercambio de información de salud (HIE, en inglés) designado en Maryland. Según lo permitido por la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio para proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones mejor informadas. Si NO desea que el CRISP comparta su información de salud, puede darse de baja del CRISP en cualquier momento si llama al 1-877-952-7477 o envía un formulario de baja relleno al CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org. Sus proveedores de atención médica seguirán teniendo la opción de utilizar el CRISP para que los laboratorios les envíen sus datos de forma directa. Además, la legislación de Maryland no le permite excluirse de los informes de salud pública, como informar sobre enfermedades específicas a los funcionarios de salud pública o compartir información sobre sus prescripciones con el Programa de Control de Medicamentos de Prescripción de Maryland

Nuestra responsabilidad

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Si la ley federal de privacidad y la legislación de Maryland entran en conflicto, y la legislación de Maryland ofrece una mayor protección de su información o le proporciona un mayor acceso a su información, entonces nos regiremos por la legislación de Maryland.
- Le informaremos de inmediato si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otro modo que no sea el descrito aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, podrá cambiar de opinión cuando lo desee. Comuníquenos por escrito si cambia de opinión sobre alguno de los derechos u opciones descritos en este aviso.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web <https://health.maryland.gov/pages/privacy.aspx>.

Este aviso entra en vigor el 1 de julio de 2023

Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Este aviso se aplica a los componentes cubiertos del Departamento de Salud de Maryland (MDH). El MDH ha sido designado como una "entidad híbrida" según las regulaciones de la HIPAA, debido a que desempeña una variedad de actividades de atención médica y salud pública. Los componentes cubiertos del MDH son los componentes que desempeñan actividades de atención médica. Para obtener una lista de los componentes cubiertos, visite <https://health.maryland.gov/docs/p010306.pdf> y consulte el apéndice. Es posible que el MDH utilice entidades ajenas al MDH (conocidas como Socios Comerciales) para el desempeño de las actividades permitidas. En los casos en que divulguemos su información personal protegida (PHI, en inglés) a un tercero que actúe en nuestro nombre, protegeremos su PHI mediante un acuerdo de privacidad adecuado.

Oficina de Privacidad del Departamento de Salud de Maryland (MDH, en inglés)

Controles Internos, Cumplimiento de Auditorías y Seguridad de la Información (IAC/S)

Oficina: 410-767-5411

mdh.privacyofficer@maryland.gov

**FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO AVISO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) de 1996, usted tiene ciertos derechos a la privacidad con respecto a su información de salud protegida. El Departamento de Salud de Maryland (MDH, en inglés) quiere asegurarle que su información médica/de salud protegida se encuentra a salvo con nosotros. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad contiene información sobre cómo nos aseguraremos de que su información se mantenga en la privacidad. Le recomendamos que lea nuestro aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de los usos y divulgaciones de su información de salud.

El MDH participa en el intercambio de información de salud (HIE, en inglés) del Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes, Inc. (CRISP, en inglés) para compartir su historial médico con sus otros proveedores de atención médica y por otras razones limitadas. Usted tiene derecho a limitar la forma en que se comparte su información médica. Encontrará más información sobre las políticas de intercambio de historiales médicos del CRISP en www.crisphealth.org.

El MDH puede utilizar y utilizará su información para llevar a cabo, planificar y dirigir su tratamiento y seguimiento entre los diversos proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en dicho tratamiento de forma directa e indirecta, obtener pagos de terceros y llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Confirmando que he recibido el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo utilizar la información de contacto que figura en la última página del aviso de prácticas de privacidad. Además, entiendo que el MDH tiene el derecho a cambiar su aviso de prácticas de privacidad cada cierto tiempo y que puedo ponerme en contacto con el MDH en cualquier momento para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente Nombre del paciente en letra de imprenta Fecha

Firma del padre/
representante personal Nombre del padre/representante personal en letra de imprenta Fecha

Si firma uno de los padres o el representante personal, indique la relación con el paciente

Padre del menor Tutor Representante autorizado

Otra _____

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO

Para USO DEL PERSONAL: Rellenar solo si no se ha obtenido la firma. Marque la casilla que corresponda.

Se negó a firmar

El paciente se someterá a pruebas anónimas, desea permanecer en el anonimato

Situación de emergencia, no es posible obtener la firma

Otra (describir): _____

Firma del miembro del personal Nombre del miembro del personal en letra de imprenta Fecha