

Centros de Bienestar Basados en Escuelas del Condado de Howard

"Brindando a su hijo atención médica de calidad en la escuela"

Una asociación entre el Departamento de Salud del Condado de Howard y el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard

Bollman Bridge Elementary School

8200 Savage Guilford Road
Savage, MD 20763

Patuxent Valley Elementary School

9151 Vollmerhausen Road
Jessup, MD 20794

TODOS los estudiantes que asisten a la Escuela Primaria Bollman Bridge y a la Escuela Secundaria Patuxent Valley son elegibles para inscribirse en el Programa de Centros de Bienestar.

Nuestra Enfermera Profesional puede proporcionar los siguientes servicios:

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, incluyendo recetas si es necesario.
- Atención preventiva, incluyendo exámenes físicos, inmunizaciones, exámenes de salud y educación.
- Manejo de la obesidad, el asma y otras enfermedades crónicas estables.

Ventajas de inscribir a su hijo en el programa del Centro de Bienestar:

- Nuestro personal trabaja directamente con la enfermera de la escuela, el personal de orientación y la administración para limitar el tiempo de clases que pierde su hijo.
- Los niños pueden recibir atención médica *durante* el día escolar y, si están enfermos, el proveedor determinará si están lo suficientemente bien como para permanecer en la escuela, lo que también implica que los padres no tienen que ausentarse del trabajo innecesariamente.
- Si un miembro del personal no puede comunicarse con usted, su estudiante recibirá la atención normalmente proporcionada por el personal de salud de la escuela, en lugar de los servicios de bienestar basados en la escuela, a menos que haya dado su consentimiento adicional en el formulario de inscripción para que su hijo reciba atención médica del Centro de Bienestar escolar sin que el personal hable con usted.
- El proveedor de atención primaria del niño en la comunidad siempre es notificado por carta o llamada telefónica de visitas al Centro de Bienestar para asegurar la continuidad de la atención.

Costo de los Servicios del Centro de Bienestar Basado en la Escuela:

- El Departamento de Salud o su compañía de seguros **NO** le cobrarán.
No hay copago ni deducible. Si su hijo tiene Asistencia Médica, se facturará directamente.
- Si su hijo no está asegurado, las familias recibirán asistencia en la solicitud del Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP) si es elegible. El Programa proporciona cobertura de atención médica a niños de bajos ingresos hasta los 19 años de edad y a mujeres embarazadas de cualquier edad.

Si desea que su hijo se inscriba en el Centro de Bienestar, por favor devuelva su formulario de inscripción **completo** a la oficina de salud en la escuela de su hijo. **Los servicios solo se pueden proporcionar a los estudiantes que están inscritos.**

Si tiene alguna pregunta o desea programar una cita, llame al **301-490-1655**. Los Centros de Bienestar están abiertos de **lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. durante el año escolar.**

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR
Formulario de consentimiento para padres/tutores**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL
<p>Apellido: _____</p> <p>Primer nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p align="center">_____ <i>Ciudad Estado Código postal</i></p> <p>Fecha de nacimiento: ____/____/____ <i> Mes Día Año</i></p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p> <input type="checkbox"/> Varón Transexual <input type="checkbox"/> Mujer Transexual</p> <p> <input type="checkbox"/> No Identificado Con Ningún Sexo- _____</p> <p>Número de Seguro Social: _____</p> <p>Raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/proveniente de las islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Idioma preferido: _____</p> <p>Nombre de la escuela: _____</p> <p>_____</p> <p>Grado: _____</p>	<p>Madre Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Número(s) de contacto: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p>Padre Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Número(s) de contacto: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p>_____</p> <p>Tutor legal, si corresponde Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Relación del tutor legal con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Número(s) de contacto: _____</p> <p>_____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p>_____</p> <p>Contacto de emergencia adicional Nombre: _____</p> <p>Relación con el estudiante: _____</p> <p>Número de teléfono particular: _____</p> <p>Número de teléfono laboral: _____</p> <p>Celular: _____</p>

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

¿Tiene usted seguro de salud privado o proporcionado por el empleador? No Sí (En caso afirmativo, complete la siguiente sección)

Nombre de la compañía de seguros: _____ Aseguradora principal: No Sí

Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el niño: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____

¿Tiene su hijo asistencia médica? No Sí

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información. N.º de asistencia médica _____

Si su hijo recibe servicios médicos a través de una organización de atención administrada (managed care organization, MCO) marque la casilla correspondiente a continuación:

AMERIGROUP Maryland Physicians Care Riverside Jai Medstar United Healthcare-Community Plan

Kaiser Permanente Priority Partners

Si su hijo NO tiene seguro médico, proporcione lo siguiente:

Ingreso familiar anual: _____ **N.º de integrantes de la familia:** _____

Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿desea que el personal del Departamento de Salud del Condado de Howard se comuniquen con usted para inscribirlo en un seguro de salud? No Sí

Dé vuelta esta página, lea, firme e incluya la fecha.

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR
Formulario de consentimiento para padres

Nombre del niño:

Escuela:

SERVICIOS DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR

Otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales de la salud certificados por el estado del programa del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard. Comprendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de atención médica en áreas de servicios específicas de acuerdo con la ley, y que se alentará a los alumnos a involucrar a sus padres o tutores legales en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios del centro de bienestar escolar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Evaluación médica y exámenes físicos integrales (exámenes médicos completos) incluidos los exámenes para Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para la escuela y los deportes
- Análisis básicos de laboratorio recetados por un médico que pueden incluir una punción en una vena y análisis de otros líquidos corporales, como orina y secreciones de heridas o de la garganta, para detectar afecciones que incluyen anemia, infección de garganta por estreptococos, y diabetes
- Atención médica y tratamiento, incluido el diagnóstico de afecciones y enfermedades crónicas y agudas, y el suministro y la receta de medicamentos.
- Servicios de salud mental, incluidos evaluación, diagnóstico, tratamiento y derivaciones, si son proporcionadas en el Centro de bienestar
- Derivaciones para servicios no proporcionados en el Centro de bienestar escolar
- Cuestionario/encuesta de salud anual y educación para la salud y asesoramiento sobre prevención de riesgos
- Visitas de telemedicina cuando las visitas en persona no son posibles

X

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha:

HOJA INFORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA

Mi firma en este formulario autoriza la divulgación de información médica para que el Centro de bienestar del Departamento de Salud del condado de Howard se comunique con otros proveedores que han examinado a mi hijo para divulgar toda información médica o de otro tipo que ayude en el cuidado de la salud de mi hijo. Es posible que la divulgación de esta información esté protegida por la ley estatal y la ley federal sobre privacidad.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se proporcione información médica al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard, ya sea porque lo exige la ley o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si yo lo solicito, el establecimiento o la persona que divulgue esta información médica deberá proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen determinada información a la escuela, como un certificado de constancia de vacunación. No proporcionar esta información podría ocasionar que el estudiante sea excluido de la escuela.

Se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Comprendo que no estoy obligado a permitir la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al Centro de bienestar escolar. No obstante, después de que se haya hecho la divulgación, no es posible revocarla retroactivamente para cubrir información divulgada antes de su revocación.

Otorgo mi consentimiento para la divulgación de la información médica descrita a continuación, del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard y del Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard al Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard, para cumplir los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la seguridad y la salud de mi hijo. Comprendo que esta información seguirá siendo confidencial conforme a las reglamentaciones federales y estatales sobre confidencialidad:

Información requerida por el sistema escolar o legal:

- Examen del nuevo ingresante
 - Registro de vacunación
 - Resultados de exámenes de la vista y audición
 - Resultados de la prueba de la tuberculina
- confidenciales protegidos por ley)

Información para proteger la salud y la seguridad:

- Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia
- Afecciones mentales incluidas evaluaciones, diagnóstico, tratamiento
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (no incluye el VIH)
- Infección/infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros servicios
- Afecciones que limitan las actividades diarias de un estudiante
- Cobertura del seguro de salud

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL, ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Yo, quien suscribe, otorgo voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo por el proveedor y el personal del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard (Howard County Health Department School Based Wellness Center, HCHD SBWC). También otorgo voluntariamente mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica protegida de mi hijo para el tratamiento, el pago y las operaciones y cualquier otro fin permitido en virtud de la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) sin una autorización por escrito. Autorizo el pago directo a HCHD por los servicios para los que HCHD acepta asignación. Es posible que se use una copia de este acuerdo en lugar del original. Certifico que la información que aparece en este formulario es correcta.

X

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha

Período durante el que se autoriza la divulgación de la información:

De: Fecha en la que se firma el formulario Para: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de bienestar escolar

Firmando esta Línea, estoy dando permiso para que mi hijo/a, que recibe una visita de clínica, aunque la enfermera de la escuela no haya podido contactarme al tiempo de la visita.

X

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha

Asegúrese de haber firmado con su nombre y fechado los tres líneas de la parte superior e inferior de esta página.

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

Cuestionario de antecedentes médicos y familiares

Nombre del niño:	Fecha de hoy:
------------------	---------------

INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

Indique si algún integrante de la familia del niño (padres, hermanos, hermanas, abuelos) tiene o ha tenido lo siguiente:

Problemas de salud	Sí	No	¿Qué integrante de la familia fue?
Asma			
Diabetes			
Problema psiquiátrico/de salud mental			
Anemia drepanocítica			
Otro:			

¿Quién es el proveedor médico habitual del estudiante?

Nombre: _____ Teléfono del consultorio: _____

Dirección: _____

¿Cuándo se realizó su hijo el último examen físico o examen del niño sano? _____
Fecha/Mes

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

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO

Marque la casilla que corresponda para indicar todos los problemas de salud que haya tenido su hijo.

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes	<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 cardíacos/Soplo	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Alergias (<i>Enumere todas, <u>incluidos los medicamentos</u></i>) _____			

Si su hijo ha sido hospitalizado, proporcione la(s) fecha(s) y el (los) motivo(s):

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA Y DE VENTA LIBRE QUE TOMA SU HIJO: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND Y SU INFORMACIÓN MÉDICA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Introducción

El Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health - MDH) se compromete a proteger su información médica. El Departamento (MDH) está obligado por ley a mantener la privacidad de la Información Médica Protegida, en Inglés (Protected Health Information-PHI). Esta protección PHI incluye cualquier información que obtenemos de usted u otras personas relacionadas con su salud física o mental, la atención médica que ha recibido, o el pago de la atención médica. Como es requerido por la ley, este aviso le informa sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de su PHI. Con el fin de proporcionar un tratamiento o para pagar por su atención médica, MDH le pedirá cierta información de salud y que la información médica será puesto en su registro. El récord por lo general contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos y tratamiento. Esa información, que se refiere como su récord expediente médico, y legalmente regulado como información de salud, puede ser utilizado para una variedad de propósitos. MDH y sus socios comerciales están obligados a seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, aunque MDH se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación en cualquier momento. Usted puede solicitar una copia de la nueva notificación de cualquier agencia MDH. También se encuentra en nuestro sitio web en <https://health.maryland.gov/pages/index.aspx>

Usos y divulgaciones permitidos

Empleados MDH sólo utilizará su información de salud al hacer su trabajo. Para usos más allá de lo que normalmente lo hace el Departamento, MDH debe contar con su autorización por escrito a menos que la ley permita o requiera, y podrá revocar dicha autorización con excepciones limitadas. Los siguientes son algunos ejemplos de los posibles usos y divulgaciones de su información de salud:

Uso y divulgación *sin consentimiento* relacionada con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica:

- **Para el tratamiento:** MDH puede utilizar o compartir su información de salud para aprobar, o negar el tratamiento, y para determinar si el tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de cuidado de la salud en MDH pueden necesitar revisar su tratamiento con su proveedor de atención médica por necesidades médicas o para la coordinación de la atención.
- **Para obtener el pago:** MDH puede usar y compartir su información médica para facturar y cobrar el pago por los servicios de salud y determinar su elegibilidad para participar en nuestros servicios. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos de pago de los servicios médicos prestados a usted.

• **Para las operaciones de atención médica:** MDH puede usar y compartir su información de salud para evaluar la calidad de los servicios prestados, o para auditores del estado y federales.

Otros usos y divulgaciones de información médica obligatoria o permitida por la ley:

• **Propósitos de información:** A menos que usted nos proporcione instrucciones alternativas, MDH puede enviar recordatorios de citas y otros materiales sobre el programa a su hogar.

• **Requerido por la ley:** MDH puede revelar información médica cuando la ley nos obliga a hacerlo.

• **Actividades de salud pública:** MDH puede revelar información de salud cuando se requiere MDH para recopilar o reportar información sobre enfermedades, lesiones, o para informar sobre estadísticas vitales a otras divisiones del departamento y otras autoridades de salud pública.

• **Actividades de supervisión de la salud:** MDH puede revelar su información de salud a otras divisiones del departamento y otras agencias para actividades de supervisión requeridas por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervisión son las auditorías, inspecciones, investigaciones y licencias.

• **Médicos forenses , directores de funerarias y donación de órganos:** MDH puede revelar información de salud en relación a la muerte a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, y para las organizaciones autorizadas en relación con los órganos, los ojos o las donaciones de tejidos o trasplantes.

• **Propósitos de investigación:** En ciertas circunstancias, y bajo la supervisión de nuestra Junta de Revisión Institucional o a otra Junta de privacidad designada, MDH puede revelar información de salud para ayudar a la investigación médica.

• **Evitar amenaza para la salud o seguridad:** Para evitar una amenaza grave y inminente para la salud o la seguridad, MDH puede revelar información de salud cuando sea necesario para hacer cumplir la ley u otras personas que razonablemente pueden prevenir o disminuir la amenaza de daño.

• **Abuso y negligencia:** MDH puede revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica, o algún otro delito. MDH puede revelar su información de salud en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

• **Las funciones específicas del gobierno:** MDH puede revelar información de salud del personal militar y veteranos en ciertas situaciones, a las instalaciones correccionales en ciertas situaciones, a los programas de beneficios del gobierno en relación con la elegibilidad y la inscripción, y por razones de seguridad nacional, como la protección del Presidente.

• **La familia , los amigos , u otras personas involucradas en su cuidado:** MDH puede compartir su información médica con personas, ya que está directamente relacionada con su participación en su cuidado o pago de su atención médica. MDH puede compartir su información médica con la gente para notificarles acerca de su ubicación, condición general o muerte.

• **Compensación a los trabajadores:** MDH puede revelar información de salud a los programas de compensación de los trabajadores que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin admitir prueba.

• **Directorios de pacientes:** Entidades de MDH generalmente no mantienen directorios para la divulgación a personas que llaman o visitantes que pregunten por usted por su nombre. Sin embargo, si una entidad de MDH mantiene un directorio, su información no será divulgada a un desconocido por teléfono o visitante sin autorización, y la escasa información que divulgamos puede incluir su nombre, ubicación en la entidad, su condición general (por ejemplo, regular, estable, etc) y su afiliación religiosa.

• **Demandas , las disputas y reclamos:** Si usted está involucrado en una demanda, una diferencia, o una reclamación, MDH puede revelar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, solicitud de descubrimiento, la investigación de una denuncia presentada en su nombre, u otro proceso legal.

• **Aplicación de la ley:** MDH puede revelar su información de salud a un oficial de la ley con fines que son requeridos por la ley o en respuesta a una citación judicial.

• **Otras partes para la realización de las actividades permitidas:** MDH puede llevar a cabo las actividades descritas anteriormente a nosotros mismos, o pueden utilizar las entidades no relacionadas con MDH (conocidos como Asociados de Negocios) para llevar a cabo dichas operaciones. En aquellos casos en los que revelar su Información Médica Protegida PHI a un tercero que actúe en nuestro nombre, vamos a proteger su información médica a través de un contrato de confidencialidad correspondiente.

• **Las actividades de recaudación de fondos:** MDH puede usar su información para comunicarnos con usted en un esfuerzo para recaudar fondos para MDH y sus operaciones. La información que publicamos acerca de usted se limitará a su información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en MDH.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

• **Solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica MDH utiliza o divulga acerca de usted. MDH acomodará su petición, si es posible, pero no es un requisito legal de acuerdo con la restricción solicitada. A excepción de lo requerido por la ley, MDH debe acomodar su solicitud si la divulgación es un plan de salud con fines de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención (y no sólo a efectos de llevar a cabo el tratamiento), y la PHI se refiere únicamente a la un elemento de cuidado de la salud o el servicio para el cual el médico involucrado se ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

• **Comunicación solicitud confidencial:** Usted tiene el derecho de pedir que MDH le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos. MDH debe estar de acuerdo a su solicitud, siempre y cuando ello sea razonablemente fácil para nosotros hacerlo.

• **Inspeccionar y copiar:** Con algunas excepciones (por ejemplo, las notas de psicoterapia, información recopilada para ciertos procesos legales, y la información médica restringida por la ley), usted tiene

derecho a ver su información de salud a su solicitud por escrito. Si desea obtener copias de su información de salud, se le puede cobrar una cuota razonable y basado en los costos de copiado, envío y preparación de una explicación o resumen de la PHI. Usted tiene el derecho de elegir qué partes de la información que desea copiar y para disponer de información previa sobre el costo de las copias. Si MDH mantiene su información médica con los registros electrónicos de salud, le daremos acceso en formato electrónico y remitirá copia de la información de salud a una entidad o persona designada por usted, siempre y cuando dicha designación sea clara, evidente y específica.

• **Solicitud de modificación:** Usted puede solicitar por escrito que MDH corrija o añada a su expediente médico. MDH responderá a su solicitud en un plazo de 60 días, con un máximo de una prórroga de 30 días, si es necesario. MDH puede negar la solicitud si MDH determina que la información médica es: (1) correcto y completo, (2) no fue creada por nosotros y/o no parte de nuestros registros, (3) no se permite que se revele. Si MDH aprueba la solicitud de enmienda, MDH va a cambiar la información de salud e informar a usted, y MDH le dirá a otros que necesitan saber sobre el cambio en la información de salud.

• **Requiere autorización:** Usted tiene el derecho de exigir su autorización para la mayoría de usos y revelaciones de las notas de psicoterapia, para la recepción de la comunicación de marketing y de la venta de su PHI.

• **Recibir informe de divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones hechas de su información médica después del 14 de abril de 2003, y en los seis años anteriores a la fecha en que se solicita la contabilidad. Las excepciones son la información de salud que se ha utilizado para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Además, MDH no tiene que incluir las revelaciones hechas a usted, basado en su autorización por escrito, siempre que para la seguridad nacional, a los oficiales del orden público, o instalaciones correccionales. No habrá cargo durante un máximo de una tal lista cada año. Además, MDH dará cuenta de las revelaciones hechas a través de un registro electrónico de salud para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero la información está limitada a tres años antes de la fecha de la solicitud.

• **Opt-Out “Darse de Baja”:** Usted tiene el derecho de recibir la comunicación de recaudación de fondos y el derecho a solicitar darse de baja de la comunicación de recaudación de fondos. Usted también tiene el derecho de solicitar a darse de baja de directorio de pacientes de un centro de MDH, y usted tiene el derecho a darse de baja de Maryland salud Información Intercambio (HIE), que es el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP).

• **Recibir aviso:** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este Aviso y/o una copia por correo electrónico a petición.

• **Recibir notificación de las infracciones:** Usted tiene el derecho a recibir una notificación cada vez que se produce un incumplimiento de su Información Médica Protegida no segura.

• **Recibir protección de la información genética:** Si alguno de los componentes de salud de MDH se considera un plan de salud, el plan de salud tiene prohibido utilizar o divulgar su información genética para ciertos fines de suscripción.

• **Recibir protección de los registros de salud mental:** Si un expediente médico que se desarrolla en el marco de usted que recibe servicios de salud mental se da a conocer sin su autorización, MDH será sólo

conocer la información en su expediente que es relevante para el propósito para el que se solicita la divulgación.

Para más información:

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con las directrices de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Si usted tiene preguntas y desea más información, puede comunicarse con **Antigone Vickery, Deputy Health Officer, Howard County Health Department at 410-313-6300.**

Para reportar un problema acerca de nuestras prácticas de privacidad:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja.

- Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Maryland, División de Corporate Compliance en 1-866-770-7175.
- Usted puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina para Derechos Civiles. Usted puede llamar al Departamento de Salud de Maryland de la información de contacto.

MDH no tomará ninguna represalia contra usted si usted hace esas denuncias.

Fecha de vigencia: Esta notificación es efectiva el 1 de Julio de 2017.

(Programas proveedor debe garantizar que se intenta conseguir este reconocimiento firmado)

Acuse de recibo de esta notificación:

Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Si no puede obtener el reconocimiento, especifique por qué:

Firma del representante MDH