



## CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA

Estimados padres/tutores:

El Centro de Salud ubicado en la escuela (SBHC) es una asociación entre ChristianaCare y la División de Salud Pública de Delaware. Esta carta es una invitación para que inscriba a su hijo de 12 años o más en el SBHC.

Un equipo multidisciplinario proporciona atención de salud en el SBHC. Un clínico especialista, un trabajador social clínico/un asesor profesional certificado en salud mental y un nutriólogo son quienes brindan atención en la escuela de su hijo.

### Para inscribir a su hijo(a) en el SBHC:

- Es necesario que proporcione información actualizada sobre el seguro, si es que su hijo está asegurado. No se le cobrarán copagos, coaseguros ni deducibles y no se rechazará a nadie en función de su capacidad de pago.
- Lea atentamente, complete y firme el Formulario de consentimiento adjunto.
- Complete el **Formulario de registro del alumno** y el **Formulario de historial médico**
- Devuelva los formularios de inscripción/registro completados al SBHC

### Servicios que se ofrecen en el SBHC:

Consejería (individual, familiar y en grupo)	Pruebas de VIH
Educación sobre la salud/reducción de riesgos	Servicios de salud reproductiva (con el permiso de los padres)
Intervención en casos de crisis y prevención de suicidio	Exámenes físicos (deportes, escolares o previos al empleo)
Nutrición/Manejo del peso	Evaluaciones de salud
Pruebas de embarazo	Vacunas
Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STDs)	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades/lesiones menores

Tenga en cuenta que el pediatra de su hijo(a), o su médico familiar, continua siendo el médico primario de su hijo(a). El SBHC no reemplaza al pediatra de su hijo(a) ni a su médico familiar, y los clínicos especialistas trabajarán con el médico primario de su hijo(a) en la atención de su hijo. El SBHC ofrece servicios que pueden ser complementarios a la atención que ofrece su médico primario. Siempre que sea apropiado, y con su autorización, trataremos de compartir la información médica con el médico de su hijo(a) para evitar la duplicación de servicios médicos, y para brindar a su hijo el mejor cuidado posible. Si su hijo no tiene un médico, podemos ayudarle a encontrar uno.





**CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA  
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES Y EL ALUMNO PARA RECIBIR SERVICIOS**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ / /  
(Padre/Tutor legal del alumno) (Nombre del alumno) (Fecha de nacimiento)

que vive en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Dirección, ciudad, estado, código postal)

reciba servicios médicos en el Centro de Salud (SBHC) ubicado en la escuela \_\_\_\_\_ administrado por **Christiana Care Health Services**.

**LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA INCLUYEN:**

- Evaluaciones completas de salud
- Vacunas
- Diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas menores, graves y crónicas
- Asesoría y educación nutricional
- Referidos y seguimiento para servicios de salud oral, visual y de atención
- Evaluaciones para salud mental y trastorno de abuso de sustancias, intervención en crisis, consejería y tratamiento \*
- Referidos a servicios de salud mental y abuso de sustancias incluyendo cuidado psiquiátrico de emergencia, programas de apoyo y comunitarios\*
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Pruebas de embarazo

**\*Tenga en cuenta que:** En conformidad con la ley de Delaware, cualquier menor de 14 años en Adelante puede consentir para recibir servicios ambulatorios voluntarios de salud mental y no se requiere el consentimiento de los padres.

**SERVICIOS ELECTIVOS:**

Si usted no desea que su hijo reciba los siguientes servicios electivos, marque NO a continuación. Si marca SÍ, es posible que su hijo reciba cualquiera de estos servicios electivos.

Su decisión sobre servicios electivos no impactará la habilidad de su alumno en recibir los servicios mencionados arriba. Los servicios electivos incluyen:

Píldoras anticonc	Depo-Provera	Condomes	Pruebas de HIV	NuvaRing
-------------------	--------------	----------	----------------	----------

**Deseo que mi hijo reciba servicios electivos:**  
 Sí  No

**Implante anticonceptivo (Nexplanon) – SOLO PARA MUJERES**

Nota: Se requiere un breve procedimiento en el SBHC para la colocación y remoción del implante anticonceptivo (Nexplanon). Se podría necesitar la toma de imágenes (ejemplo: Radiografía) para colocación y remoción complicadas.

**Mi hija puede recibir el Nexplanon:**  
 Sí  No

**EL CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA**

**NO BRINDA LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

- Tratamiento o pruebas para complejas condiciones médicas o psiquiátricas
- Tratamiento primario continuo de condiciones médicas crónicas
- Pruebas complejas de laboratorio
- Hospitalización
- Radiografías

**CONFIDENCIALIDAD:**

Algunos servicios ofrecidos por este Centro de Salud Ubicado en la Escuela son confidenciales por ley. Si usted consiente en que su hijo reciba servicios confidenciales en el Centro de Salud Ubicado en la Escuela, entonces, de acuerdo con la Ley de Delaware (Artículo 13 §710), usted no tendrá acceso a la información sobre estos servicios a menos que su hijo(a) le de permiso al Centro de Salud Ubicado en la Escuela para compartir dicha información. Esto incluye la siguiente información:

- Pruebas de embarazo
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Servicios de salud reproductiva incluyendo implante anticonceptivo – a menos que ocurran complicaciones
- Pruebas de VIH



**Comprendo** que la División de Salud Pública de Delaware (“DPH”, por sus siglas en inglés), una división del Departamento de Salud y Servicios Sociales conserva la autoridad administrativa sobre el Centro de salud ubicado en la escuela y le brinda financiamiento parcial. Los miembros del equipo designados por el Centro de Salud Ubicado en la Escuela están obligados por ley a suministrar información específica sobre los pacientes a la DPH con fines de prevención o control de enfermedades, lesiones, vigilancia o discapacidades en los Estados Unidos, incluyendo Delaware. La información que el DPH exige y requiere por ley incluye: enfermedades de transmisión sexual, datos de laboratorio, nacimientos, defunciones, reacciones adversas a los medicamentos, abuso o abandono de niños y violencia doméstica. También se enviará a la DPH información general de otro tipo para seguimiento estadístico, pero esta información será anónima, lo que significa que el nombre de mi hijo será eliminado.

He tenido la oportunidad de recibir y revisar el folleto de Aviso de prácticas de privacidad de Christiana Care Health Services.

**Comprendo** que es posible que se facturen los servicios cubiertos al seguro, y la necesidad de brindar información de seguro al Centro de Salud Ubicado en la Escuela antes de la prestación de dichos servicios.

**Comprendo** que el Centro de Salud Ubicado en la Escuela no cobrará copagos ni ningún otro gasto de bolsillo por el uso de sus servicios.

**Comprendo** que doy de manera expresa doy permiso a Christiana Care y a sus asociados de negocios para usar cualquier número de teléfono proporcionado por mi o de mi parte, independientemente de que sea un número de teléfono celular y/o de que se me cobre por la llamada o mensaje de texto. Estoy de acuerdo en que este número de teléfono pueda usarse para asuntos de salud o de la cuenta (incluyendo cobranzas), y que incluye mercado automático de teléfono y/o llamadas pregrabadas y/o mensajes de texto. Entiendo que mi consentimiento para usar mi número de teléfono no es requerido para recibir servicios de atención médica. Este consentimiento sobre el teléfono corresponde a todos los servicios pasados, presentes y futuros de Christiana Care hasta que sean revocado.

## TELEHEALTH

**Entiendo** que “telehealth” es el modo de brindar servicios de atención médica usando tecnología de comunicación digital para ayudar a evaluar, diagnosticar, consultar, educar, monitorear y manejar el cuidado y el tratamiento sin estar en la misma ubicación física de mi proveedor.

**Entiendo** que una visita de telehealth (telesalud) no es lo mismo que una visita en persona porque no estaré en el mismo cuarto con mi proveedor. Entiendo que no se me atenderá por telehealth a menos que mi condición apoye el uso de esta tecnología, debido a que mi proveedor no podrá realizar algunos aspectos de un examen físico completo.

**Entiendo** que la tecnología de comunicación digital podría incluir, entre otros, audio, video u otros telecomunicaciones o comunicaciones electrónicas de dos vías en tiempo real, incluyendo monitoreo remoto del paciente, video conferencia segura, y/o textos seguros con mi equipo de atención.

**Entiendo** que existen beneficios al utilizar servicios de telehealth, que incluyen, entre otros, evaluación y manejo médico conveniente. También entiendo que existen riesgos vinculados a recibir tratamiento por telehealth, que incluyen, entre otros, interrupción de la conexión de audio/video, que podría resultar en que se posponga la visita hasta más adelante y/o que se realice mediante un método alterno; y, en raras ocasiones, acceso no autorizado a mi información confidencial. En caso de una falla técnica, entiendo que debo comunicarme inmediatamente con la oficina de mi proveedor, o marcar al 911 si es una emergencia.

**Entiendo** que las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también corresponden a telehealth y que ChristianaCare utiliza protocolos de seguridad para ayudar a proteger mi privacidad y asegurar que mis comunicaciones confidenciales sean enviadas solamente a los miembros destinados del equipo de atención.

**Entiendo** que ChristianaCare no grabará el video o audio de mi visita de telehealth sin mi consentimiento en el momento de la grabación.

**Entiendo** que debo permitir a que ChristianaCare obtenga información de salud de mi parte y a que me brinde servicios de atención médica mediante comunicaciones por telehealth cuando y donde mi proveedor o miembro calificado de mi equipo de atención lo determine apropiado y necesario.

**Entiendo** que puedo rehusar o dejar de participar en servicios de telehealth y pedir servicios alternos en cualquier momento, como visitas en persona.

**FAVOR DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO EN LA PRÓXIMA PÁGINA**

**Entiendo** que, bajo ciertas circunstancias, y con mi permiso y a petición mía, mi alumno podría ser visto en un Centro de Salud Ubicado en la Escuela distinto dentro del Distrito Escolar para ciertos servicios.

**Entiendo** que este consentimiento se puede revocar por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan realizado acciones basándose en él. Toda solicitud por revocación se debe realizar por escrito y se debe enviar al SBHC asociado con el cuidado de mi hijo

**Reconozco** que toda la información solicitada para el registro en el Formulario de historial médico y para este consentimiento es precisa y completa. Mi alumno y yo hemos leído detenidamente este formulario, y comprendo que, si tengo preguntas, puede llamar al coordinador del Centro de Salud Ubicado en la Escuela.

---

Con mi firma a continuación, certifico que, como el padre o tutor legal del alumno mencionado anteriormente, entiendo el consentimiento para tratamiento del Centro de Salud Ubicado en la Escuela.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal      Nombre en letra de molde      Fecha      Hora

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del alumno      Nombre en letra de molde      Fecha      Hora



### Formulario de Registro del Paciente/Alumno

Información del Alumno – (Escriba en letra de molde con bolígrafo) Grado: 6 7 8 9 10 11 12

Apellido del alumno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Sexo identificado:  Hombre  Mujer  Hombre transgénero  Mujer transgénero  Se niega a responder

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza (seleccione todas las que correspondan):  
 Caucásica/Blanca  Negra/Afroamericana  Asiática/Hawaiana/Isleña del Pacífico  
 India Americana/Nativa de Alaska  Indeterminada  Otra: \_\_\_\_\_  
Grupo étnico (seleccione todos los que correspondan):  
 Hispano/Latino  Árabe  
 No hispano/latino/árabe

Médico de Atención Primaria (Médico Familiar)  
Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Si necesita asistencia para encontrar un médico, favor de llamar al SBHC.

En caso de emergencia comuníquese con: \_\_\_\_\_ ¿El paciente trabaja?  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  Sí  No  
# teléfono: \_\_\_\_\_

### Información de los padres/del tutor legal

Nombre completo legal de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre & dirección del empleador: \_\_\_\_\_ # de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Nombre completo legal del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_ # de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (si no es la madre o el padre): \_\_\_\_\_ Relación con el alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_ # de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

### ► Información del seguro (REQUERIDA) – Envíe una copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguro

Fuente de pago para el cuidado. Marque una de las siguientes:  
 Sin seguro (si necesita asistencia para obtener seguro, llame al SBHC)  
 Proveedor de Medicaid: \_\_\_\_\_  
Número de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Seguro comercial: \_\_\_\_\_  
Número de póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación con el alumno: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Programa Delaware Healthy Children

**Información de seguro secundario:**  
 Proveedor de Medicaid: \_\_\_\_\_  
Número de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Seguro comercial: \_\_\_\_\_  
Número de póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación con el alumno: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_



**CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA**  
**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD**  
*(Favor de escribir la información con tinta negra/azul)*

Es necesario obtener un historial de salud completo y preciso para que el personal del Centro proporcione cuidado de alta calidad. Complete este formulario tanto como sea posible. Escriba toda la información en letra de molde

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

¿Su hijo sufre de alergias) (a comidas, a medicamentos, al látex)

Sí  No De ser así, mencione a qué? \_\_\_\_\_

Proporcione la siguiente información sobre los medicamentos que su hijo está tomando.

Nombre del medicamento	Para qué lo toma	Fecha de inicio
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Marque de cuáles de los siguientes ha sufrido su **HIJO**:

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné/Problemas de la piel    | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Células falciformes           |
| <input type="checkbox"/> TDAH/problema de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Depresión           | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial         | <input type="checkbox"/> Problemas del sueño           |
| <input type="checkbox"/> Anemia                       | <input type="checkbox"/> Desmayos            | <input type="checkbox"/> Colesterol alto               | <input type="checkbox"/> Lesión deportiva              |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                     | <input type="checkbox"/> Catarros frecuentes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/de la vejiga | <input type="checkbox"/> Problema estomacal/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Artritis                     | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> Embarazo/parto/Pérdida        | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio          |
| <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca reumática | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Escoliosis                    | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias           |
| <input type="checkbox"/> Varicela                     | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco      | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides     |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística            | <input type="checkbox"/> Hemofilia           | <input type="checkbox"/> Convulsiones                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |

Si marcó cualquiera de las anteriores, proporcione más detalles. \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha estado alguna vez hospitalizado?  No  Sí, motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

¿Cuándo/Dónde? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido alguna vez asesoría de salud emocional?  No  Sí, motivo de la asesoría: \_\_\_\_\_

¿Cuándo/Dónde? \_\_\_\_\_

Sírvase marcar cualquiera de las siguientes enfermedades que sus **FAMILIARES** (padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, tío, tía, etc.) han padecido e indique el miembro de la familia al lado de la enfermedad.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH/problema de aprendizaje _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                               | <input type="checkbox"/> Obesidad _____                  |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/Abuso de drogas _____  | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____                      | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____              |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____                    | <input type="checkbox"/> Células falciformes _____       |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia _____                              | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral _____          |
| <input type="checkbox"/> Asma _____                         | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____                              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento _____       | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial _____                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____                       | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____                        | <input type="checkbox"/> Muerte súbita _____             |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística _____            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones/de la vejiga _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____                      |
| <input type="checkbox"/> Sordera _____                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____                      |  |

**INQUIETUDES DEL PADRE/TUTOR**

Si usted tiene cualquier inquietud, anime a su hijo a programar una visita al Centro de Salud Ubicado en la Escuela, o siéntase libre de llamarnos para conversar sobre sus inquietudes.

## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Vigente a partir del: 23 de septiembre del 2013

Este aviso explica cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo con atención. Si tiene alguna pregunta, contáctese con el Funcionario de privacidad al (302) 623-4468

### Nuestra promesa

Sabemos que su información médica es muy personal. Hacemos todo lo que esté a nuestro alcance para proteger la privacidad de su información médica. Sólo utilizaremos y divulgaremos su información de acuerdo con lo autorizado por la ley pertinente.

### La ley nos exige lo siguiente:

- Proceder de acuerdo con el aviso de información.
- Sólo divulgar la información mínima necesaria para el propósito previsto.
- Asegurar que se mantenga la privacidad de su información.
- Informarle si se presenta alguna violación a su privacidad.

### ¿Quién debe cumplir con este aviso?

- Todas las organizaciones, establecimientos y consultorios médicos de Christiana Care.
- Todas las personas que trabajan para Christiana Care
- Todo socio comercial que necesite información médica con el objetivo de proporcionarnos servicios.
- Todos los médicos y personas que lo atiendan
- Todos los voluntarios de Christiana Care.

### ¿Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica?

Así es como utilizamos y divulgamos información médica. Aunque esta lista no está completa, todas las formas en la que estamos permitidos utilizar y divulgar información sin su autorización corresponderán a uno de los siguientes puntos.

- **Para cuidarle.** Es posible que utilicemos su información médica para brindarle atención médica. Es posible que distribuyamos su información médica a médicos, médicos en capacitación, enfermeros, estudiantes u otras personas que sean parte de su atención en el hospital. También es posible que divulguemos información médica para trabajar con personas fuera del hospital que le proporcionan atención médica.
- **Para recibir pago.** Podemos usar y distribuir su información médica con la finalidad de poder cobrarle a usted, a la compañía de seguros u a otro pagador por la atención que reciba aquí. Por ejemplo, es posible que informemos a su plan de salud sobre la atención que recibió, para que nos puedan pagar por esa atención. Asimismo, es posible que informemos a su plan de salud sobre la atención que va a recibir para saber si ellos pagarán por esa atención.
- **Mantener a Christiana Care en funcionamiento.** Es posible que utilicemos y divulguemos su información médica para mantener Christiana Care en funcionamiento. También es posible que utilicemos su información para ver cómo lo atendimos y cómo se ha recuperado. Asimismo, es posible que reunamos la información médica de varios pacientes para decidir si hay otros servicios que Christiana Care debería ofrecer, qué servicios son necesarios o no, y qué nuevos tratamientos son efectivos. Las personas que se encargan de su atención, incluyendo médicos, enfermeros y estudiantes, pueden recibir información para fines educativos. La información puede combinarse con información médica de otros hospitales para comparar cómo estamos brindando nuestros servicios y ver si podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos.
- **Actividades para recaudar fondos.** Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle una donación. Tenemos el derecho de utilizar cierta información para este propósito (incluyendo su información de contacto, edad, género, fechas de servicio, departamento de servicio, médico tratante, información sobre los resultados y el estado del seguro de salud). Si no desea que lo contacten para propósitos de recaudación de fondos, puede optar por ser excluido llamando al 1-800-693-2273, enviando un correo electrónico a [optout@christianacare.org](mailto:optout@christianacare.org) o escribiendo a Christiana Care Office of Development, 13 Reads Way, Suite 203, New Castle, DE 19720. No se va a condicionar su tratamiento dependiendo de su aceptación a ser contactado con la finalidad de recaudar fondos.
- **Directorio del hospital.** Si es paciente de nuestro hospital, podemos incluir información limitada sobre usted en el directorio del hospital, de modo que sus amigos, familiares y el clérigo local puedan visitarlo y saber cómo está. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital, número de teléfono, su estado general (bueno, regular, grave o crítico) y su religión. Toda información excepto su religión puede proporcionarse a personas que pregunten por su nombre. Su religión puede proporcionarse a un miembro del clero, incluso si no preguntan por usted por nombre. Asimismo, es posible que notifiquemos el fallecimiento de un paciente luego de que un pariente cercano haya sido informado al respecto. Si desea que nadie obtenga su información, debe firmar un formulario que se le proporcionará cuando sea admitido.
- **Familiares y amigos.** Es posible que proporcionemos su información médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica. Esto incluiría a las personas señaladas en cualquier poder para atención médica o documento similar que nos haya proporcionado. Asimismo, es posible que proporcionemos información a alguna persona que esté ayudando a pagar su atención. Además, es posible que divulguemos su información médica a una agencia de ayuda en caso de desastres, de modo que se pueda comunicar a su familia acerca de su afección, estado y ubicación.
- **Investigación.** En la mayoría de los casos, le solicitaremos su aprobación por escrito antes de utilizar o compartir su información médica con otros con el fin de realizar una investigación. Sin embargo, es posible que utilicemos y proporcionemos su información médica sin su aprobación en los siguientes casos:
  - Si la hemos enviado a un comité de investigación y han tomado medidas para asegurarse que su información sea protegida.
  - A personas dentro de Christiana Care que estén preparando un proyecto de investigación o inscribiendo pacientes en proyectos de investigación.

### Situaciones especiales

Es posible que divulguemos su información sin su autorización en los siguientes casos:

- **Si la ley lo exige.** Cuando nos lo exija alguna ley federal, estatal o local.
- **Para ayudar a evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad de usted, del público o de alguna otra persona.

- **Para la donación de órganos y tejidos.** A agencias que se encargan de donaciones de órganos, ojos y tejidos, o a un banco de donación de órganos, de modo que estas organizaciones puedan ayudar en casos de trasplante.
- **Militares y veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, es posible que divulguemos su información médica en la medida que sea requerido por las autoridades del comando militar. Es posible que proporcionemos información al Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos para averiguar si puede obtener ciertos beneficios.
- **Para indemnizaciones laborales.** Es posible que compartamos información a programas de asistencia que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Autoridades de salud pública.** Es posible que proporcionemos información para actividades de salud pública, como informar la aparición de alguna enfermedad, nacimientos y decesos; abuso infantil o maltrato de adultos mayores; reacciones a medicamentos; notificaciones de medicamentos retirados del mercado o enfermedades transmisibles.
- **Actividades de supervisión sanitaria.** Es posible que proporcionemos información a las agencias que controlan el sistema de atención de salud o los programas gubernamentales o a las que aseguran que los hospitales cumplan con la ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias.
- **Demandas y conflictos.** Si está involucrado en una demanda o controversia, es posible que divulguemos su información si recibimos alguna orden administrativa u orden judicial válida, citación, solicitud de pericia u otra solicitud legal de alguien que esté involucrado en el caso.
- **Cumplimiento de la ley.** Si las autoridades policiales nos lo exigen o si nos lo exige la ley:
  - En respuesta a una orden judicial válida, citación, garantía, orden de comparecencia u otro proceso similar.
  - A fin de identificar o encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida.
  - A fin de informar acerca de la víctima de un delito si en ciertos casos, no podemos hacer que la persona acceda.
  - A fin de informar acerca de un deceso que consideramos pueda ser el resultado de una conducta delictiva.
  - A fin de informar una conducta delictiva en nuestras instalaciones.
  - En casos de emergencia para informar un delito, el lugar del crimen o la ubicación de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Personas fallecidas, médicos forenses, examinadores médicos y directores de servicios fúnebres.** Es posible que proporcionemos información a médicos forenses o examinadores médicos para identificar una persona que haya fallecido o para averiguar la razón de su fallecimiento. También es posible que le proporcionemos información a los directores de servicios fúnebres. Protegeremos la confidencialidad de su información médica por 50 años después de su fallecimiento.
- **Seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Es posible que proporcionemos información a los oficiales federales autorizados para actividades de seguridad nacional, autorizados por ley. Esto incluye la protección del Presidente o jefes de estado extranjeros.
- **Prisioneros.** Si es prisionero de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario policial, es posible que divulguemos su información médica a la prisión o a las autoridades policiales cuando sea necesario para su salud y seguridad o para la salud y la seguridad de los demás.

#### **Delaware Health Information Network (DHIN)**

Formamos parte de un sistema de intercambio de información de salud denominado DHIN para ayudarnos a compartir su información médica con otros médicos y organizaciones de atención de salud que lo atiendan y para obtener información de aquellas otras personas involucradas en su atención. Esto permite que cada uno de nosotros brinde una mejor atención y coordine sus cuidados. Puede encontrar información sobre las prácticas de privacidad de DHIN en nuestro sitio web: [www.dhin.org/consumer](http://www.dhin.org/consumer). Para comunicarse con DHIN, llame al (302)678-0220.

#### **Es posible que necesitemos su permiso por escrito para proporcionar su información médica**

Necesitaremos su autorización por escrito para usar y divulgar su información médica por cualquier otra razón que no corresponda dentro de las categorías descritas anteriormente en este Aviso. Específicamente, necesitamos su autorización para usar o divulgar notas de psicoterapia, para utilizar información con fines de comercialización o para vender información de salud.

Si nos proporciona su autorización, puede retirar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si retira su autorización, ya no utilizaremos ni compartiremos su información, excepto para aquellas actividades y fines que no requieran su autorización, como para atenderlo, recibir pagos y mantener a Christiana Care en funcionamiento. Usted comprende que no podemos retirar ninguna información que ya hemos compartido con su autorización y que tenemos que llevar un registro de todas las atenciones que le hemos proporcionado.

#### **Sus derechos respecto a su información médica**

- **Derecho a revisar y obtener una copia.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a revisar y obtener una copia de su información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de su atención. Para revisar u obtener una copia de su información de salud, escriba a Health Information Management Services (Servicios de gestión de información de salud). Si es un registro de facturación, comuníquese con el departamento de facturación donde se proporcionó el servicio. Si solicita una copia, es posible que le cobremos un monto por el costo de realizar las copias, el envío por correo u otros conceptos. Puede solicitar que le proporcionemos una copia de sus registros en una forma o formato electrónico específico. Le proporcionaremos la copia en el formato o forma solicitado si puede hacerse fácilmente. De no ser posible, coordinaremos con usted para proporcionarle la copia en otra forma o formato electrónico legible. En algunas ocasiones, podríamos no permitirle revisar u obtener copias de sus registros. Si esto ocurre, le informaremos la razón y tendrá el derecho de solicitar la revisión de esa decisión.
- **Derecho de enmienda.** Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de la información que esté incorrecta o incompleta durante el tiempo que la información se mantenga en el hospital. Para solicitar una enmienda, debe escribirle al Director de privacidad y proporcionar el motivo. Es posible que rechacemos su solicitud si nos solicita enmendar información que:
  - No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
  - No sea parte de la información médica guardada por o para Christiana Care.
  - No sea parte de la información que se le permitiría revisar y copiar.
  - Sea precisa y completa. Usted tiene derecho a enviar una declaración por escrito al Director de privacidad indicando su desacuerdo con el rechazo a su solicitud para realizar una enmienda y a que se divulgue con sus registros.



- **Derecho a una lista de divulgaciones.** Tiene el derecho a solicitar un “informe de divulgaciones” o una lista de las personas fuera del hospital que hayan recibido su información. Esto no se aplica a la información proporcionada para su cuidado, para que Christiana Care obtenga el pago, o para mantener Christiana Care en funcionamiento. Para solicitar esta lista debe presentar su solicitud por escrito al Director de privacidad. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser mayor a seis años. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Si desea más listas, es posible que le cobremos por el costo de proporcionárselas. Le indicaremos el costo y solicitaremos su aprobación antes de enviarle la lista.

- **Derecho a ser notificado en caso de incumplimiento.** Usted tiene el derecho de recibir un aviso si hay un incumplimiento de su información médica protegida no asegurada (es decir, una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizado de la información de salud protegida que comprometa la seguridad o privacidad de la información). Este aviso puede proporcionarse por correo o a través de la prensa escrita.

- **Derecho a solicitar restricciones al uso o la divulgación de su información.** Usted tiene el derecho a solicitarnos limitar la información médica que utilizamos o distribuimos acerca de usted. Es posible que no estemos de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, procederemos de acuerdo a su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Usted puede solicitar que la información relacionada con algún asunto o servicio por el cual ha pagado totalmente de su bolsillo no sea divulgada para operaciones de pago o de atención de salud. Esa información aún puede ser utilizada para propósitos de tratamiento o si lo exige la ley. Para solicitar una restricción, debe enviar su solicitud por escrito al Director de privacidad. En su solicitud debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, cómo compartimos su información, o ambos; y (3) a quién desea que se aplique las limitaciones, por ejemplo; información para su cónyuge.

- **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted utilizando una dirección o número de teléfono diferente, de modo que pueda mantener de forma privada su información de salud. Si proporciona su dirección al momento de registrarse para recibir los servicios, debe indicarnos si desea utilizar una segunda dirección o número de teléfono.

- **Derecho a una copia impresa de este Aviso.** Para obtener una copia de este aviso, solicítela a Registros de pacientes o al Director de privacidad.

#### **Cambios en este Aviso**

Tenemos el derecho de cambiar este Aviso. Todos los cambios en el aviso se aplicarán a la información que ya tenemos sobre usted, así como a cualquier información que recibamos en el futuro.

Publicaremos una copia del aviso actual en el hospital y en nuestro sitio web: [www.christianacare.org](http://www.christianacare.org).

Si realizamos cambios sustanciales en este aviso, le proporcionaremos el aviso actualizado en su próxima visita.

#### **Reclamos**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar un reclamo antes nosotros escribiendo al Director de privacidad de Christiana Care. Proporcione todos los detalles necesarios para permitirnos revisar el problema. Asimismo, puede presentar un reclamo ante la Oficina de derechos civiles en: Regional Manager of the Office of Civil Rights, Region III, 150 S. Independence Mall W. Suite 372, Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106-9111 (215) 861-4441, Línea directa: 1-800-368-1019

**TENGA EN CUENTA: No se le tratará de manera diferente por presentar un reclamo.**

#### **Cómo comunicarse con nosotros**

Si tiene alguna consulta respecto a este aviso o si necesita presentar una solicitud al Director de privacidad, contáctenos en:

**Christiana Care, c/o Privacy Officer, PO Box 6001, Newark, DE 19714-6001 (302) 623-4468**