



PAQUETE DE INSCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA (SBHC) PARA ESTUDIANTES DE 11 AÑOS O MENOS

Austin D. Baltz Elementary School

1500 Spruce Avenue
Wilmington, DE 19805
Teléfono: (302) 651-2696

Dickinson High School y Middle School

1801 Milltown Road
Wilmington, DE 19808
Teléfono: 302-892-3270
Fax: 302-892-3274

Shortlidge Academy

100 West 18th Street
Wilmington, DE 19802
Teléfono: (302) 425-3389

Brookside Elementary School

800 Marrows Road
Newark, DE 19713
Teléfono: 302-454-5454
Fax: 302-454-3480

Richardson Park Pre-K Learning Center en Warner

801 West 18th Street
Wilmington, DE 19802
Teléfono: (302) 425-3350

Silver Lake Elementary School

200 East Cochran Street
Middletown, DE 19709
Teléfono: 302-378-5046
Fax: 302-378-5092

Conrad Middle School y Schools of Science

201 Jackson Avenue
Wilmington, DE 19805
Teléfono: 302-992-5532
Fax: 302-636-5680

Richardson Park Elementary School

16 Idella Avenue
Wilmington, DE 19804
Teléfono: 302-651-2732 ext. 754835

Warner Elementary School

801 West 18th Street
Wilmington, DE 19802
Teléfono: (302) 425-3350

Estimado padre/madre/tutor:

El centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) es una asociación entre ChristianaCare Health Services y su distrito escolar. Esta carta es una invitación para que inscriba a su hijo en el SBHC.

Un equipo multidisciplinario proporciona la atención médica en el SBHC. Un clínico de práctica avanzada, un trabajador social clínico autorizado/consejero profesional autorizado de salud mental, un dietista certificado y un trabajador de salud comunitaria atienden en la escuela de su hijo.

Para inscribir a su hijo en el SBHC, tiene que proporcionar lo siguiente:

- Se necesita **información actualizada del seguro**, si su hijo tiene uno. (Nota: No le cobrarán ningún copago, coseguro ni deducible y no se rechazará a ninguna persona por su capacidad de pago).
- **Un formulario de consentimiento completado** (incluido en este paquete).
- Un **formulario de inscripción del estudiante** y un **formulario de la historia médica** completados (incluidos en este paquete).

Los formularios completados de inscripción/registro se deben entregar al SBHC lo antes posible.

Servicios que ofrece el SBHC:

- Exámenes físicos
- Evaluaciones de salud
- Vacunas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Orientación (individual, familiar y grupal)
- Intervención en casos de crisis y prevención del suicidio
- Educación para la salud/para reducir riesgos

Tenga en cuenta que el pediatra de su hijo o el médico de cabecera seguirá siendo el proveedor de atención primaria de su hijo. El SBHC no reemplaza al pediatra de su hijo ni al médico de cabecera, y los médicos y el personal de enfermería del SBHC trabajarán con el proveedor de atención primaria de su hijo para cuidarlo. El SBHC ofrece servicios que pueden ampliar la atención de su proveedor de atención primaria. Si corresponde, y con su autorización, intentaremos compartir la información con el médico de su hijo para evitar que se dupliquen los servicios de atención médica, y para atenderlo bien. Si su hijo no tiene médico, podemos ayudarlo a encontrar uno.

Esperamos que inscriba a su hijo en el SBHC.

Entonces, junto a usted y el proveedor de atención primaria de su hijo, podemos trabajar para mantenerlo sano y que siga yendo a la escuela. Anime al pediatra o al médico de cabecera de su hijo a que llame al SBHC si tiene preguntas. Si usted tiene preguntas o necesita más información, llame al centro de salud ubicado en la escuela.



Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC)
para estudiantes de 11 años o menos

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS
PARA EL PACIENTE/ESTUDIANTE**

Lado 2 de 10

Yo, _____, doy mi consentimiento para que _____ / _____ / _____
(Padre/madre/tutor del estudiante) (Nombre del estudiante) Fecha de nacimiento

que vive en:

(Calle)

(Ciudad, Estado, Código postal)

reciba servicios médicos en _____, que es un centro de salud ubicado en la escuela administrado por **ChristianaCare Health Services**.

Servicios que presta el centro de salud ubicado en la escuela:

- evaluaciones médicas;
- vacunas;
- diagnóstico y tratamiento de problemas de salud;
- diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual;
- pruebas de embarazo;
- remisión y seguimiento para atención dental, de la visión o de especialistas;
- evaluaciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, intervención en casos de crisis, consejería y tratamiento*;
- remisión a servicios de salud mental y por consumo de sustancias, incluyendo atención psiquiátrica de emergencia, servicios en la comunidad y programas de apoyo*.

Servicios que el centro de salud ubicado en la escuela no ofrece:

- tratamiento o pruebas por problemas médicos y de salud mental complejos;
- análisis de laboratorio complejos;
- hospitalización;
- radiografías;
- atención de emergencia.

Al dar el consentimiento para que mi hijo reciba atención en el centro de salud ubicado en la escuela, reconozco y acepto lo siguiente:

He tenido la oportunidad de revisar el resumen del Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de ChristianaCare Health Services, que también está disponible en árabe, bengalí, criollo haitiano, coreano, español y chino simplificado, si lo pido. Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad completo está disponible si lo pido.

Entiendo que le pueden facturar al seguro los servicios cubiertos, y acepto proporcionar la información del seguro antes de que se presten los servicios.

Entiendo que el centro de salud ubicado en la escuela no cobra copagos ni ninguna otra tarifa de bolsillo por el uso de sus servicios.

Autorizo a ChristianaCare y a sus socios comerciales para que usen cualquier número de teléfono que yo haya proporcionado, en nombre de mi hijo, independientemente de que sea un número de teléfono celular o de que me puedan cobrar por la llamada o el mensaje de texto. El número de teléfono se puede usar para asuntos relacionados con la atención médica y temas contables (incluyendo los cobros) e incluir sistemas de marcación automática o llamadas pregrabadas o mensajes de texto. Entiendo que mi autorización para usar mi número de teléfono no es necesaria para recibir los servicios de atención médica. Esta autorización para el uso de mi número de teléfono corresponde a todos los servicios de ChristianaCare pasados, presentes y futuros hasta su revocación.

Entiendo que el centro de salud ubicado en la escuela puede usar el sistema de telesalud para prestar servicios, incluyendo servicios médicos, de salud mental y de trabajadores de salud comunitaria. La videoconferencia entre el estudiante y el proveedor o el trabajador de salud comunitaria no implica el almacenamiento, la grabación ni el archivo de datos. Las sesiones de telesalud están sujetas a la misma protección que una visita presencial según las normas de privacidad de la HIPAA.

Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) para estudiantes de 11 años o menos

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Lado 3 de 10

Entiendo que “telesalud” es el modo de prestar servicios de atención médica usando tecnología de comunicación digital para ayudar a evaluar, diagnosticar, consultar, educar, monitorear y administrar la atención y el tratamiento sin estar en el mismo lugar físico que mi proveedor.

Entiendo que una visita de telesalud no es lo mismo que una visita en persona porque mi hijo no estará en la misma habitación que el proveedor. Entiendo que mi hijo no recibirá tratamiento mediante el sistema de telesalud, salvo que su condición admita el uso de esta tecnología.

Entiendo que el proveedor no podrá hacer un examen físico completo mediante el sistema de telesalud.

Entiendo que la comunicación digital puede incluir, entre otros, audio bidireccional en tiempo real, video u otras comunicaciones, incluyendo el monitoreo de pacientes a distancia, videoconferencias seguras o mensajes de texto seguros con el equipo de atención de mi hijo.

Entiendo que el uso de servicios de telesalud conlleva beneficios, que incluyen, entre otros, la evaluación y tratamiento médicos convenientes. También entiendo que la telesalud implica riesgos, que incluyen, entre otros, la interrupción de la conexión que puede dar lugar a que la visita se postergue o se haga mediante un método diferente, y, en casos poco frecuentes, la consulta no autorizada de la información confidencial de mi hijo. En caso de una falla técnica, entiendo que debo comunicarme con el consultorio del proveedor de mi hijo de inmediato o llamar al 911 si es una emergencia.

Entiendo que las leyes que protegen la confidencialidad de la información médica de mi hijo también son aplicables a la telesalud, y que ChristianaCare usa protocolos de seguridad para ayudar a proteger la privacidad de mi hijo y asegurar que las comunicaciones confidenciales de mi hijo se envíen solo a los miembros previstos del equipo de atención médica.

Entiendo que ChristianaCare no grabará el video ni el audio de la visita de telesalud de mi hijo sin mi consentimiento en el momento de la grabación.

Doy mi consentimiento para que ChristianaCare obtenga la información médica de mi hijo y le preste servicios de atención médica por medio del sistema de telesalud cuando y donde el proveedor o el equipo médico determinen que es apropiado y necesario.

Entiendo que puedo rechazar o interrumpir los servicios de telesalud y solicitar servicios alternativos, como las visitas en persona, en cualquier momento.

Entiendo que, con mi autorización y si lo pido, pueden atender a mi hijo en otro centro de salud ubicado en la escuela dentro del distrito escolar para que reciba ciertos servicios.

Entiendo que este consentimiento se puede revocar por escrito en cualquier momento, salvo que se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento. Entiendo que cualquier solicitud por escrito se debe enviar al centro de salud ubicado en la escuela asociado a la atención del estudiante.

Acepto que el personal de la escuela puede acompañar a mi hijo durante el examen médico.

Reconozco que toda la información que figura en el formulario de historia médica de inscripción y en este consentimiento es precisa y completa.

He leído detenidamente este formulario. Todas mis preguntas se respondieron a mi satisfacción. Entiendo que puedo llamar al coordinador del centro de salud ubicado en la escuela si tengo alguna pregunta antes o después de firmar este consentimiento para recibir los servicios.

Al firmar abajo, certifico que soy el padre, la madre o el tutor del estudiante que se menciona arriba y que he leído las declaraciones de consentimiento de arriba sobre los servicios que se ofrecen en el centro de salud ubicado en la escuela de mi hijo, y acepto voluntariamente la participación de mi hijo. Reconozco que no me han dado garantías ni certezas sobre los resultados que se pueden obtener de estos servicios/tratamientos.

Firma del paciente/representante

Relación del representante con el paciente

____/____/____
Fecha

Hora



CNSNT

Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) para estudiantes de 11 años o menos

DESIGNACIÓN DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES POR EL MENOR

Lado 4 de 10

Yo, _____, el/la _____ de este niño, asigno
 (Nombre del padre/madre/tutor) (Relación con el menor)

a la siguiente persona para que tome decisiones por mi hijo _____ en mi ausencia:
 (Nombre del menor)

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) | <input type="checkbox"/> Atención médica por enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) | <input type="checkbox"/> Radiografías y análisis de laboratorio |

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) | <input type="checkbox"/> Atención médica por enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) | <input type="checkbox"/> Radiografías y análisis de laboratorio |

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) | <input type="checkbox"/> Atención médica por enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) | <input type="checkbox"/> Radiografías y análisis de laboratorio |

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) | <input type="checkbox"/> Atención médica por enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) | <input type="checkbox"/> Radiografías y análisis de laboratorio |

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) | <input type="checkbox"/> Atención médica por enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) | <input type="checkbox"/> Radiografías y análisis de laboratorio |

Autorizo a las personas mencionadas arriba a llevar a mi hijo para recibir atención médica y tratamiento. Esta designación de la persona alternativa para la toma de decisiones vence el: _____ / _____ / _____ o cuando el niño cumpla los 18 años. Para cancelar esta designación de la persona encargada de tomar decisiones, entregue en este consultorio un aviso por escrito.

(Fecha)



Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) para estudiantes de 11 años o menos
DESIGNACIÓN DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES POR EL MENOR

Lado 5 de 10

_____ Firma de padre/madre/tutor <i>(Parent/Guardian Signature)</i>	_____ Relación con el paciente <i>(Relationship to Patient)</i>	____/____/____ Fecha <i>(Date)</i>	_____ Hora <i>(Time)</i>
_____ Firma del testigo <i>(Witness Signature)</i>	_____ Nombre del testigo en letra de molde <i>(Witness Print Name)</i>	____/____/____ Fecha <i>(Date)</i>	_____ Hora <i>(Time)</i>
Consentimiento por teléfono:			
_____ Nombre de la persona que dio el consentimiento		_____ Relación con el paciente, si es la persona encargada de tomar decisiones	
_____ Firma del testigo	_____ Fecha	____/____/____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del testigo	_____ Fecha	____/____/____ Fecha	_____ Hora
Interpretation: The information has been presented to the: <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> representative <input type="checkbox"/> decision maker in: _____ The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language _____			
_____ Interpreter Name		_____ Agency and ID# (if applicable)	
_____ Witness Signature	_____ Print Name	____/____/____ Date	_____ Time



AINFO

Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) para estudiantes de 11 años o menos

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Lado 6 de 10

Información en letra de molde del paciente (estudiante) (con pluma)

Grado: <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1.º <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> 3.º <input type="checkbox"/> 4.º <input type="checkbox"/> 5.º <input type="checkbox"/> 6.º <input type="checkbox"/> 7.º <input type="checkbox"/> 8.º <input type="checkbox"/> 9.º <input type="checkbox"/> 10.º <input type="checkbox"/> 11.º <input type="checkbox"/> 12.º				
Apellido del paciente:		Nombre:		Segundo nombre:
Nombre preferido:		Apodo:		
Sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Idioma en el que prefiere comunicarse:		
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino/hombre/niño <input type="checkbox"/> Femenino/mujer/niña <input type="checkbox"/> Masculino/hombre/niño transgénero <input type="checkbox"/> Femenino/mujer/niña transgénero <input type="checkbox"/> No binario, queer, o no exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Pronombres: <input type="checkbox"/> Él/lo <input type="checkbox"/> Ella/la <input type="checkbox"/> Elle/le <input type="checkbox"/> Ningún pronombre <input type="checkbox"/> Se niega a especificar <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Dirección:	Ciudad	Ciudad	Código postal	Fecha de nacimiento:
Raza (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Se niega a responder/No disponible <input type="checkbox"/> Otra raza: _____			Etnia (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder/no disponible	
Médico de atención primaria (médico de cabecera) Nombre: _____ Número de teléfono: _____		Farmacia preferida: Nombre: _____ Número de teléfono: _____		
En caso de una emergencia comunicarse con: Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____		Número de teléfono celular del estudiante:	¿Tiene empleo el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	
Información de la madre/el padre/tutor				
Nombre legal completo de la madre:			Fecha de nacimiento:	
Dirección:			Teléfono de casa:	
Dirección de email:			Teléfono celular:	
Nombre y dirección del empleador:			Teléfono laboral:	
Nombre legal completo del padre:			Fecha de nacimiento:	
Dirección:			Teléfono de casa:	
Dirección de email:			Teléfono celular:	
Nombre y dirección del empleador:			Teléfono laboral:	
Nombre del tutor (si no es la madre ni el padre):		Relación con el estudiante	Fecha de nacimiento:	
Dirección:			Teléfono de casa:	
Dirección de email:			Teléfono celular:	
Nombre y dirección del empleador:			Teléfono laboral:	
► Información del seguro (OBLIGATORIO) – Envíe una copia de la parte de adelante y de la parte de atrás de la tarjeta del seguro				



Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) para estudiantes de 11 años o menos

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Lado 7 de 10

<p>Fuente de pago por la atención, marque uno de las siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Sin seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor de Medicaid: _____ Número de Medicaid: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro comercial: _____ Número de póliza: _____ Nombre del suscriptor: _____ Relación con el estudiante: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Programa Niños Sanos de Delaware (Delaware Healthy Children Program)</p>	<p>Información del seguro secundario:</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor de Medicaid: _____ Número de Medicaid: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro comercial: _____ Número de póliza: _____ Nombre del suscriptor: _____ Relación con el estudiante: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____</p>
<p>_____ Firma del padre/de la madre/ del tutor</p> <p>_____ Nombre en letra de molde</p> <p>_____ Relación con el estudiante</p> <p>_____/_____/_____ Fecha</p> <p>_____ Hora</p>	



Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) para estudiantes de 11 años o menos

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Lado 8 de 10

Se necesita una historia médica completa y precisa para que el personal del centro pueda proporcionar atención de alta calidad. Escriba toda la información en letra de molde y complete el formulario todo lo posible.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado _____
 (Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

¿Tiene su hijo alguna alergia? (p. ej., a comidas, a medicamentos, al látex)

Sí No Si respondió "sí", menciónelas _____

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

Nombre de los medicamentos	Motivo por los que los toma	Desde cuándo los toma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Fecha del último examen físico: ____ / ____ / ____

Marque cuál de los siguientes problemas ha tenido su **HIJO** alguna vez:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné/problemas en la piel | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> TDAH/discapacidad del aprendizaje | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Lesiones deportivas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad estómago/intestino | <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones/la vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas del |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo/Parto/Aborto espontáneo | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Cardiopatía reumática | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <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 marca algo arriba, proporcione más información. _____

¿Ha sido su hijo hospitalizado alguna vez o recibió orientación relacionada con la salud emocional o conductual?

No Sí, cuándo: _____ ¿Dónde? _____

Motivo: _____

Marque alguna de las siguientes enfermedades que sus **FAMILIARES** (padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, tía, tío, etc.) hayan tenido alguna vez y escriba qué familiar junto a la enfermedad.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH/discapacidad del 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 del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme _____ |
| <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 congénitos _____ | <input type="checkbox"/> Presión alta _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ | <input type="checkbox"/> Muerte sin causa aparente _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones/la vejiga _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Sordera _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ | |

Firma del padre/de la madre/del tutor _____	Nombre en letra de molde _____	Relación con el estudiante _____	Fecha ____ / ____ / ____	Hora _____
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013
 Última fecha de revisión: 27 de septiembre de 2021

Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP) según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA): ¡léalo con atención!

Este NPP o Aviso es un resumen sobre su información, sus derechos y nuestras responsabilidades. Explica cómo ChristianaCare puede usar y revelar su información y cómo usted puede acceder a ella. Para ChristianaCare, la privacidad de nuestros pacientes es muy importante. Sabemos que su información médica es muy personal. Hacemos todo lo posible para proteger la privacidad de su información médica. Solo usaremos y revelaremos la menor cantidad de información necesaria para el propósito previsto y según lo exija la ley. Puede solicitar una copia de nuestro NPP detallado o acceder a él en nuestro sitio web www.christianacare.org/privacy.

Nuestras responsabilidades	<p>Para atenderlo, creamos y recibimos información personal sobre su salud. Esta información se llama información médica protegida (PHI) y proviene de usted, sus médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de atención médica que participen en su atención. En el caso de los miembros del Plan de beneficios médicos y de bienestar de ChristianaCare (plan de beneficios), la PHI puede provenir de su empleador, de otras aseguradoras, de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) o de administradores de terceros (TPA), según corresponda. Su PHI puede estar en formato verbal, escrito o electrónico. La ley nos exige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la privacidad y la seguridad de su PHI. • Celebrar un Acuerdo de socio comercial con terceros que participen en su tratamiento, el pago y en nuestras operaciones de atención médica, que exige que el socio comercial proteja la privacidad y la seguridad de la PHI. • Informarlo rápidamente si determinamos que se hizo un uso o una revelación inadecuados de su PHI que comprometa la privacidad o la seguridad de su información. • Usar y revelar su información como se indica en este Aviso, a menos que usted nos indique por escrito que no podemos hacerlo. Si cambia de opinión en cualquier momento, debe informarnos por escrito. • Cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad mencionadas en este Aviso y darle una copia del Aviso a usted.
¿Quién respetará este Aviso?	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las organizaciones, los centros y los consultorios médicos de ChristianaCare • Cualquier médico, profesional de atención médica u otra persona que lo atienda • Todas las personas que trabajen para ChristianaCare • Todos los voluntarios de ChristianaCare • Cualquier socio comercial que necesite información médica para poder prestar servicios para ChristianaCare
Su información	
Podemos almacenar la siguiente información sobre usted:	<p>La información que podemos almacenar incluye, entre otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información clínica: diagnósticos/condiciones, resultados de laboratorio, medicamentos, otra información sobre tratamientos • Información demográfica: dirección/código postal, fecha de nacimiento, licencia de conducir, nombre, número del seguro social, otros datos de identificación • Información financiera: información de reclamos, número de tarjeta de crédito/cuenta bancaria, otra información financiera, nombre e información de la licencia de conducir

Nuestros usos y revelaciones

Podemos usar y revelar su información para estos fines:

En esta sección, se explica cómo podemos usar y compartir la información médica sobre usted. Aunque esta lista no incluye todas las posibilidades, todas las maneras en las que podemos usar y compartir información sin su permiso pertenecen a una de las categorías mencionadas en esta sección. Podemos usar y revelar su información para las siguientes situaciones, incluyendo, entre otras:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que reciba.
- Coordinar su atención entre varios proveedores de atención médica.
- Recopilar información de evaluaciones estandarizadas para completar el ingreso para una evaluación médica en casa.
- Facturación de sus servicios médicos y administración de nuestras operaciones de atención médica
- Hacer investigaciones.
- Para el cumplimiento de la ley o ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, examinadores médicos y directores de funerarias.
- Hacer frente a la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras peticiones del gobierno.
- Responder a demandas y acciones legales.
- Administrar su plan médico, según corresponda para los miembros del plan de beneficios.
- Prestar servicios y dar programas a los miembros del plan de beneficios.
- Actividades de marketing y recaudación de fondos.

Su decisión

Usted puede tomar decisiones sobre cómo usamos y compartimos su información para estos fines:

Puede decidir cómo usamos y compartimos su información para las siguientes situaciones, incluyendo, entre otras:

- Responder preguntas de su familia y amigos sobre el tratamiento.
- Dar atención en casos de desastre.
- Comunicarnos con usted mediante tecnologías móviles y digitales.
- Comercializar nuestros servicios y productos.

Sus derechos

Sus derechos incluyen:

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. En esta sección, se explican sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarlo. Sus derechos incluyen, entre otros:

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamos.
- Pedir la corrección de sus expedientes médicos y de reclamos.
- Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido su información.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Pedir una comunicación confidencial.
- Pedir una copia de este Aviso de privacidad.
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.

Situaciones especiales

Podemos o debemos compartir su información de otras maneras sin su permiso. Los siguientes usos y revelaciones se consideran situaciones especiales: para fines de investigación; para fines de aplicación de la ley; para ayudar a evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad públicas; responder a las autoridades de salud pública; para evaluaciones de salud en casa; responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos; a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; a los militares; para la compensación de los trabajadores; para actividades de vigilancia de la salud; para demandas legales y disputas; para instituciones correccionales; para actividades de inteligencia y seguridad nacional; y otras restricciones de uso y revelación. Para obtener más información, consulte:

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

Intercambio de información médica

ChristianaCare participa en varios intercambios de información médica (HIE) y redes de información médica (HIN). Los HIE y HIN coordinan el intercambio de información entre sus miembros para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. A través de estos intercambios, ChristianaCare puede compartir su información médica con sus otros proveedores, lo que garantiza la entrega oportuna de información médica vital a sus proveedores de atención médica. Participamos en las siguientes HIE: Red de información médica de Delaware (DHIN); Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP); Healthshare Exchange of Southeastern Pennsylvania Inc. (HSX); y CommonWell Health Alliance (CommonWell). Los pacientes pueden optar por no recibir un HIE electrónico en el sitio web del HIE.

Cambios a este Aviso. Tenemos derecho a cambiar este Aviso. Todos los cambios a este Aviso se aplicarán a la información que ya tengamos sobre usted y a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actualizado en el hospital y en nuestro sitio web: www.christianacare.org/privacy. La fecha de vigencia del Aviso actualizado se publicará en la parte superior del Aviso. Si hacemos cambios importantes a este Aviso, le daremos el Aviso actualizado en su próxima visita.

Cómo comunicarse con nosotros. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o si necesita hacer una petición al director de Privacidad, comuníquese con nosotros en ChristianaCare c/o Privacy Officer, 4000 Nexus Drive, Avenue North, Suite NW3-100, Wilmington, DE 19803, llámenos al 1-302-623-4468 o envíenos un correo electrónico a privacyoffice@ChristianaCare.org. Puede solicitar un Aviso detallado de nuestras prácticas de privacidad.

