

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD  
PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR  
SERVICIOS DE TELEMEDICINA**

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

**¿Qué es la telemedicina?**

La telemedicina utiliza un vínculo de vídeo seguro, de dos direcciones entre la sala de atención médica de la escuela y su proveedor de atención principal o Howard County General Hospital para proporcionar servicios médicos intensivos a su hijo. El equipo operado por el enfermero de la escuela enviará imágenes y sonidos al proveedor. Su hijo podrá ser examinado y tratado por conjuntivitis, infección de garganta por estreptococos, erupciones cutáneas, infecciones del oído, ataques de asma y otras afecciones de salud menores mientras está en la escuela. Las recetas, de ser necesarias, se enviarán a la farmacia de su elección.

**¿Cómo puede recibir mi hijo servicios de telemedicina?**

Los niños deben estar inscritos en el Centro de bienestar escolar del condado de Howard ubicado dentro de la sala de atención médica de su escuela para recibir servicios de telemedicina. Visite el sitio web de la escuela o comuníquese con el enfermero escolar para obtener información acerca de cómo inscribir a su hijo en este programa de gran valor.

**¿Sabré que mi hijo está recibiendo servicios de telemedicina?**

Los padres o tutores legales deben inscribir a sus hijos en el programa del centro de bienestar escolar del condado de Howard antes de que el niño pueda ser examinado. Además, el personal de enfermería escolar siempre lo llamará antes de que el niño reciba cualquier servicio de telemedicina. Si el enfermero no logra comunicarse con usted, su hijo no recibirá servicios de telemedicina y el personal médico de la escuela le proporcionará atención de rutina.

**¿Qué sucede si no puedo participar en la visita? ¿Cómo sabré qué le sucede a mi hijo?**

El proveedor de la salud que trate a su hijo le entregará un resumen de la visita con el diagnóstico y el tratamiento recomendado. Este resumen se le entregará a su hijo para que lo lleve a su hogar con la información de contacto del proveedor por si usted tiene alguna pregunta o, si el proveedor de atención principal de su hijo examinó a su hijo, se comunicará con usted con la información de la visita.

**¿Cómo se me facturará la visita de telemedicina?**

El proveedor de salud de su hijo y Howard County General Hospital facturarán los costos al seguro de salud de su hijo, incluida la asistencia médica. Es posible que a usted se le cobre un copago, si lo exige su compañía de seguros. Si su hijo no tiene seguro de salud, es posible que se le cobre una tarifa según una escala progresiva en función del tamaño de su grupo familiar y de su ingreso familiar. ***A ningún niño se le negarán los servicios por una incapacidad para pagar o por una factura pendiente.***

**Proveedores pediátricos que actualmente participan en la red de telemedicina del Departamento de Salud del condado de Howard (puede estar sujeto a cambios):**

Dr. Ruth Agwuna  
Dr. Paul Ambush  
Dr. Zaneb Beams  
Bethany Pediatrics (Dr. Undie)  
Columbia Medical Practice- Pediatrics

Dr. Nicholas Donkor  
Ellicott City Primary Care Physicians (Dr. Hashmi)  
Dr. Ken Klebanow and Associates  
The Pediatric Center

Si tiene preguntas adicionales, comuníquese conmigo al (410) - 313-7238, Sharon Hobson, R.N., M.S.N., C.R.N.P., administradora del programa de bienestar escolar

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

**PROGRAMA DE TELEMEDICINA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL
<b>Apellido:</b> _____ <b>Primer nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span><i>Ciudad</i></span> <span><i>Estado</i></span> <span><i>Código postal</i></span> </div> <b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> <span><i>Mes</i></span> <span><i>Día</i></span> <span><i>Año</i></span> </div> <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  <b>Número de Seguro Social:</b> --        --  <b>Raza/origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/proveniente de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____  <b>Idioma preferido:</b> _____  <b>Nombre de la escuela:</b> _____	<b>Madre</b> Apellido: _____ Primer nombre: _____  Número(s) de contacto: _____  Dirección de correo electrónico: _____  <b>Padre</b> Apellido: _____ Primer nombre: _____  Número(s) de contacto: _____  Dirección de correo electrónico: _____  <b>Tutor legal, si corresponde</b> Apellido: _____ Primer nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o <input type="checkbox"/> Otro: _____  Número(s) de contacto: _____  Dirección de correo electrónico: _____  <b>Contacto de emergencia adicional</b> Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono laboral: _____ Celular: _____

**INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD**

<b>¿Tiene su hijo asistencia médica?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de asistencia médica _____  <b>¿Recibe su hijo servicios médicos a través de una organización de atención administrada (managed care organization, MCO)?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Marque a continuación la casilla que corresponda.  <b>¿Qué plan?</b> <input type="checkbox"/> AMERIGROUP <input type="checkbox"/> Maryland Physicians Care <input type="checkbox"/> Riverside <input type="checkbox"/> Jai <input type="checkbox"/> Medstar <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> Priority Partners <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Si su hijo NO tiene seguro médico, proporcione lo siguiente:</b> <b>Ingreso familiar anual:</b> _____ <b>N.º de integrantes de la familia:</b> _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿desea que el personal de la organización Connector Entity del programa Door To Healthcare (Puerta hacia la atención médica) se comunique con usted para inscribirlo en un seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>¿Tiene su hijo seguro de salud privado o patrocinado por el empleador?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  Nombre de la compañía: _____ 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: _____  <b>¿Tiene su hijo otro seguro de salud?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre de la compañía: _____ 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: _____  <b>Dé vuelta esta página, lea, firme e incluya la fecha.</b>
--	---

**PROPORCIONE UNA COPIA DEL FRENTE Y DEL REVERSO DE LA TARJETA DEL SEGURO DE SALUD DEL NIÑO.**

Formulario de consentimiento para padres/tutores

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 autorizados por el estado que estén bajo contrato con el Departamento de Salud del condado de Howard (Howard County Health Department, HCHD), que pueden incluir al proveedor de atención médica primaria que especifique al inscribir a mi hijo en el programa del Centro de bienestar escolar (School Based Wellness Center, SBWC) de HCHD si el proveedor es parte de la red de telemedicina del SBWC de HCHD u otro profesional de la salud autorizado. 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 de telemedicina del centro de bienestar escolar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Atención médica y tratamiento, incluido el diagnóstico de afecciones y enfermedades crónicas y agudas.
- Recetas de medicamentos y, si ha sido indicado por un proveedor de la salud autorizado y desde el punto de vista médico, la entrega de acetaminofeno, ibuprofeno, crema de hidrocortisona al 1 % , y albuterol administrado con inhalador o por nebulización en el centro
- Análisis de laboratorio básicos recetados por un médico para infección de garganta por estreptococos (cultivo rápido de estreptococos y garganta)
- Derivaciones para servicios no proporcionados en el Centro de bienestar escolar
- Educación para la salud y asesoramiento sobre prevención de riesgos

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.

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: Información para proteger la salud y la seguridad:

- Examen del nuevo ingresante emergencia
- Registro de vacunación
- Resultados de exámenes de visión y audición
- Resultados de la prueba de la tuberculina
- Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (no incluye el VIH)
- Infección/infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros servicios confidenciales protegidos por ley)
- 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, el que suscribe, otorgo voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo por el proveedor contratado por el Departamento de Salud del condado de Howard para proporcionar servicios médicos en el Centro de bienestar escolar (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. Acepto que soy financieramente responsable por todos los servicios prestados a mi hijo. Para aquellos planes de seguro para los que el proveedor de atención médica que prestó los servicios a mi hijo acepte asignación, acepto la responsabilidad personal por todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos, según lo indique mi cobertura de seguro, más todos los gastos de recaudación por los montos personalmente adeudados por mí, incluidos honorarios de abogados, de ser necesarios. Autorizo el pago directo a este proveedor de atención médica por los servicios para los que el proveedor 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

**Asegúrese de haber firmado con su nombre y fechado las dos líneas de la parte superior e inferior de esta página.**

PROPORCIONE UNA COPIA DEL FRENTE Y DEL REVERSO DE LA TARJETA DEL SEGURO DE SALUD DEL NIÑO.

# 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			
VIH/SIDA			
Problema psiquiátrico/de salud mental			
Anemia drepanocítica			
Tuberculosis/TB			
Otro:			

Alergias (*Enumere todas, incluidos los medicamentos*)

¿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:	_____

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 Y DE HIGIENE MENTAL DE MARYLAND  
Y SU INFORMACION DE SALUD**

**NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTA ES PARA INFORMARLE A USTED COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALA CON CUIDADO.**

**Salvaguardando su Información de Salud Protegida**

El Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland (DHMH) esta comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado médico, DHMH le pedirá información acerca de su salud. Esa información se pondrá en su registro médico. El registro médico contiene generalmente sus síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico y tratamiento. Esa información llamada su registro médico es legalmente regulada como información de salud y puede ser usada con varios propósitos. DHMH debe seguir las prácticas de privacidad en esta Nota, aunque DHMH reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los terminos de esta Nota en cualquier momento. Usted puede pedir una copia de nuestra última Nota de Prácticas de Privacidad de DHMH. Esta Nota tambien esta disponible en nuestro sitio de internet en <http://www.dhmh.state.md.us/>.

**Cómo DHMH Puede Usar y Revelar su Información de Salud Protegida**

Los empleados de DHMH sólomente usaran su información de salud como parte de su trabajo. DHMH debe obtener su autorización por escrito para usar su registro médico en cualquier otra manera, a menos que la ley lo requiera o lo permita. Algunos ejemplos de usos y revelaciones de su información de salud son:

**Los Usos y las Revelaciones con relación a Tratamiento, Pago, u operaciones de Cuidado Médico**

**Para el tratamiento:** DHMH puede usar o compartir su información de salud para aprobar o negar tratamiento, y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de asistencia médica de DHMH podrian necesitar hacer una revisión de su tratamiento con su doctor regular a resultado de una necesidad médica o para coordinar bien su cuidado.

**Para obtener pago:** DHMH puede usar o compartir su información de salud para facturar u obtener pago por servicios de cuidado médico y para determinar si usted tiene derecho a esos servicios. Por ejemplo, su proveedor de cuidado médico puede mandar la cuenta para obtener pagó por los servicios médicos que usted ha recibido.

**Para operaciones de cuidado médico:** DHMH puede usar y compartir su información de salud para verificar la calidad de nuestros servicios, o para nuestros interventores de cuentas del estado o federales.

**Otros Usos y Revelaciones de Información de Salud Requeridos o Permitidos por la ley**

**Requerido por la ley:** DHMH puede revelar información de salud cuando sea requerido por la ley.

**Con Propósito de información:** a menos que usted nos diga que no, DHMH puede mandar recordatorios de citas y otros materiales de programas a su hogar.

**Actividades publicas de Salud:** DHMH puede revelar su información de salud cuando DHMH es requerido a obtener o a reportar información sobre enfermedades, heridas o para reportar estadísticas esenciales a otras divisiones del Departamento de Salud o a otras agencias publicas de salud.

**Actividades de supervision de salud:** DHMH puede revelar su información de salud a otras divisiones en el Departamento o a otras agencias que proporcionan supervision requerida por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervision son las revisiones, las inspecciones, las investigaciones, y licenciaturas.

**Córoner, revisadores médicos, directores de funerales y donaciones de órganos:** DHMH puede revelar su información de salud acerca de muerte a córoneres, revisadores médicos, o directores de funeral. Podemos compartir también información con ciertas organizaciones acerca de transplante de órganos, ojos, o donativos de tejido.

**Propósitos de Investigacion:** En ciertas circunstancias y bajo la supervision de nuestra Mesa Institucional de Revisión u otro grupo designado de la privacidad, DHMH puede revelar información de salud para ayudar con alguna investigación médica.

**Prevenir amenazas a la salud o la seguridad:** Para poder evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, DHMH puede revelar información de salud según sea necesario a la ley o a otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.

**Abuso y Descuido:** DHMH revelará su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos que usted quizás sea una víctima de abuso, de descuido, de violencia doméstica, o de algún otro crimen. DHMH puede revelar su información de salud según sea necesario para prevenir alguna amenaza grave de salud o de la seguridad de usted o de otros.

**Funciones específicas del gobierno:** En algunas situaciones DHMH puede revelar la información de salud del personal militar y de veteranos, y a facilidades correctionales. Podemos revelar también información para la matriculación a programas de beneficio del gobierno, y por razones de seguridad nacional, como para proteger al Presidente.

**La familia, los amigos o otros implicados en su cuidado:** DHMH puede compartir su información de salud con gente si ellos estan implicados en su cuidado o en el pago de su cuidado. DHMH puede compartir también su información de salud con gente para notificarlos acerca de su ubicación, de su condición general, o de su muerte.

**Compensación del trabajador:** DHMH puede revelar información de salud a los programas de la compensación del trabajador que proporcionan beneficios por heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar culpas.

**Directorios de pacientes:** El plan de salud bajo el que usted está inscrito no mantiene un directorio para los visitantes o personas que llaman preguntando por usted. Usted no será identificado a una persona que llame o visitantes desconocidos sin su autorización.

**Casos legales, las disputas y las demandas:** Si usted está implicado en un caso legal, en una disputa, o en una demanda, DHMH puede revelar su información de salud en respuesta a un tribunal o la orden administrativa, la citación, el pedido del descubrimiento, la investigación de una demanda puesta para usted, o en otro proceso legal.

**La aplicación de la ley:** DHMH puede revelar su información de salud a un oficial de la ley si la ley lo requiere, o en respuesta a una citación.

**Usted Tiene el Derecho a:**

**Pedir las restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir que DHMH restrinja la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted. DHMH honorará su pedido si es posible, pero no es requerido legalmente que estemos de acuerdo a su pedido de restricción. Si DHMH concuerda a una restricción, nosotros lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia.

**Pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de pedir que DHMH le mande información a una dirección diferente o en una manera diferente. Nosotros debemos concordar en hacer así, si es razonablemente fácil.

**Inspeccionar y copias.** Usted tiene el derecho de ver su información de salud cuando usted lo pide en forma escrita. Si usted quiere copias de su información de salud, nosotros le podemos cobrar un honorario por copiar, dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene el derecho de escoger qué partes de su información usted quiere que sea copiado y de saber el costo de las copias antes que nosotros los hagamos.

**Pedir una enmienda.** Usted puede pedir a DHMH en forma escrita, que correcciones o que le añadan a su registro de la salud. DHMH puede negar el pedido si se decide que la información de la salud: (1) es correcta y esta completa; (2) no fue creada por nosotros y/o no es parte de nuestros registros; (3) no puede ser revelada. Si DHMH concuerda con los cambios que usted solicitó, cambiaremos su registro y le informaremos a usted y le diremos también a los otros que necesitan saber acerca del cambio en su información de salud.

**Contabilidad de revelaciones.** Usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de su información de salud hechas después del 14 de abril del 2003. Las excepciones son información de salud que se ha utilizado en el tratamiento, pagos y operaciones. DHMH no le tiene que listar las revelaciones que le hicimos a usted o que fueron pedidas en forma escrita por usted, o proporcionadas para la seguridad nacional, a oficiales de la ley o a facilidades de la correccional. No habrá cobro por una de estas listas anualmente.

**Nota:** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta Nota y/o una copia por correo electrónico.

**Para Más Información**

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con guías de las actas de los Americanos con Incapacidades. Si tiene preguntas y le gustaría más información usted puede avisar:

**(Mete el nombre y número del Negocio Designado)** \_\_\_\_\_

**Para Informar de algún Problema con nuestras Prácticas de la privacidad**

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

- Usted puede poner una queja con el Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland, la División de la Conformidad Corporativa llamando al 1-866-770-7175.
- Usted puede poner una queja con el Secretario de los EE.UU. El Departamento de Salud y de Servicios Humanos, la Oficina de Derechos Civiles. Usted puede llamar el Departamento Salud y de Higiene Mental de Maryland para obtener la información del contacto.

DHMH no tomará acción vengativa contra usted si usted pone una queja.

**La Fecha Efectiva:** Esta Nota tome efecto el 14 de abril del 2003.

Confirmando que he recibido esta nota:

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de representante de DHMH

Si incapaz de obtener el reconocimiento, especifique por qué: