

Estimado padre/tutor:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

**Nombre del estudiante:**

**Escuela:**

**Servicios del Centro de Bienestar Escolar**

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

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

**Firma del padre/tutor (necesario)**

**Fecha:**

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

**Firma del padre/tutor (opcional)**

**Fecha:**

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

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

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

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

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

**Información requerida por ley o por el sistema escolar:**

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

**Información para proteger la salud y la seguridad:**

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

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

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

**Firma del padre/tutor (necesario)**

**Fecha:**

Periodo de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:  
 Desde: Fecha de firma del formulario

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

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

## Cuestionario de antecedentes médicos y familiares

Nombre del alumno:	Fecha de hoy:
--------------------	---------------

### INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA FAMILIA

**¿Algún miembro familiar del estudiante (padres, hermanas/os, abuelos) tiene o ha tenido lo siguiente?**

Problema de salud	Sí	No	¿Qué familiar?
Asma			
Diabetes			
Problema de salud mental o psiquiátrico			
Células falciformes			
Tuberculosis			
Problemas de corazón			
Otro:			

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

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

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

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


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

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


El Departamento de Salud del Condado de Howard tiene una herramienta llamada CAREAPP para ayudar a las personas a encontrar los recursos necesarios. Si usted o su familia busca ayuda para un problema, responda a las preguntas que aparecen a continuación o vaya directamente a la página web de CAREAPP:

<https://findhcreources.org/>.


**Alimentos:**

	<p>Me preocupa que la comida se acabe antes de tener dinero para comprar más.</p> <p>Sí No</p>
---	--

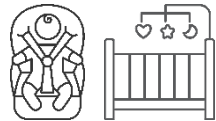
**Vivienda:**

	<p>Tengo vivienda, pero me preocupa la vivienda en los próximos 12 meses. No tengo vivienda. (Vive con otras personas, en un hotel, un refugio, un coche, un edificio, una estación de autobuses o un parque).</p>
---	--

**Salud:**

	<p>Necesito ayuda para encontrar un seguro médico para mi hijo/a o para mí. A veces necesito ayuda para encontrar un medio de transporte para ir a las citas médicas de mi hijo/a o mías. Necesito ayuda para encontrar un proveedor de atención médica para mi hijo/a o para mí. Necesito ayuda para encontrar un proveedor de servicios odontológicos para mi hijo/a o para mí.</p>
--	---

**Otro:**

	<p>Necesito ayuda para encontrar asientos para coche. Necesito ayuda para encontrar asientos elevados. Necesito ayuda para encontrar una cuna.</p>
---	--

Si desea que nos pongamos en contacto con usted para proporcionarle ayuda para cualquiera de los problemas mencionados, complete la información que aparece a continuación y devuelva este formulario a un Centro de Bienestar Escolar. También puede comunicarse directamente con agencias que pueden ayudarle a través del sitio web de CAREAPP (<https://findhcreources.org/>).

Nombre del estudiante	Escuela del estudiante
Nombre del padre/madre/tutor	Número de contacto
Firma	Fecha

Para acceder directamente a CAREAPP, diríjase a la página web: <https://findhcreources.org/> o escanee el siguiente código QR:



# DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND Y SU INFORMACIÓN MÉDICA

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

### Introducción

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

### Usos y divulgaciones permitidos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sus Derechos

### Usted tiene derecho a:

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Para más información:**

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

**Para reportar un problema acerca de nuestras prácticas de privacidad:**

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

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

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

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

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

Acuse de recibo de esta notificación:

\_\_\_\_\_

Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_

Fecha

Si no puede obtener el reconocimiento, especifique por qué:

\_\_\_\_\_

Firma del representante MDH