

Formulario de información demográfica del paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre) _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Núm. de seguro social ____-____-____

El niño vive con: La madre El padre El tutor/otra persona: _____ Teléfono: _____

Dirección del niño (núm., calle, ciudad, estado, código postal): _____

Farmacia preferida: _____ Esquina de las calles: _____ Pediatra / Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Etnia (por favor seleccione el grupo que corresponda): Latino/Hispano Rehúso responder

Raza (seleccione el grupo que corresponda): Indoamericana/Nativa de Alaska Asiática Negra/Afroamericana Nativa de Hawái/De otra isla del Pacífico Blanca/Caucásica

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Nombre del padre o tutor: _____ Teléfono principal: _____ Teléfono alterno: _____

Fecha de nacimiento del tutor: ____/____/____ Correo electrónico: _____ No me contacten por correo electrónico:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA- En caso de emergencia, ¿con quién nos debemos comunicar? _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____ Children's Health Pediatric Group puede divulgar información *médica y de facturación* a esta persona. Sí NO

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿El paciente tiene cobertura de seguro médico? Sí NO ¿El paciente tiene cobertura de seguro de Medicaid?: Sí NO

Nombre de la persona responsable del pago de las facturas La madre El padre Otra: _____ Teléfono principal: _____

Dirección: La misma del niño Otra (ciudad, estado, código postal) _____

Nombre del titular de la póliza de seguro médico El niño La madre El padre Otra: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Empleador: _____ Nombre del seguro médico: _____ Teléfono: _____

Núm. de identificación del seguro médico: _____ Núm. de grupo: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



CHILDREN'S HEALTH SYSTEM OF TEXAS

Consentimiento general para los servicios de salud escolar por telemedicina, tratamiento y reconocimientos

Consentimiento para atención médica y tratamiento de salud escolar por telemedicina

Consentimiento general: Solicito y doy consentimiento para que el Children's Health Pediatric Group ("CHPG"), una entidad del Children's Health System of Texas ("Children's Health"), sus médicos y otros profesionales de atención médica examinen al Paciente, que puede definirse como yo, mi hijo o un niño del que tengo la tutela legal, y proporcionar atención y tratamiento por medio de los servicios de salud escolar por telemedicina, entre estos evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento de la enfermedad del Paciente utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones ("Servicios de Telemedicina"). Estoy de acuerdo en que al firmar este formulario doy consentimiento para que el Paciente reciba Servicios de Telemedicina en mi ausencia. Entiendo que entre los profesionales de salud que proporcionan Servicios de Telemedicina en CHPG pueden estar los médicos responsables del paciente y consultores, así como sus adjuntos, ayudantes técnicos y otros profesionales de la salud que se consideren necesarios (los "Profesionales de Telemedicina"). Entiendo que el CHPG es una institución docente y estoy de acuerdo a que los médicos residentes, médicos en subespecialización y estudiantes puedan observar y participar en los Servicios de Telemedicina bajo la supervisión adecuada.

Entiendo que entre los Servicios de Telemedicina están audio interactivo, video u otros medios electrónicos, y que existen tanto riesgos como beneficios de recibir tratamiento vía Telemedicina. Entiendo que los Profesionales de Telemedicina (i) pueden estar en un lugar distinto de donde está el Paciente, (ii) examinarán al Paciente cara a cara por medio de presencia remota, pero no le realizarán una exploración física al utilizar los Servicios de Telemedicina, y (iii) deben basarse en la información que proporcionen el Paciente y cualquier otro profesional(es) de la salud que estén presentes con el Paciente. Además, entiendo que los Servicios de Telemedicina podrían estar limitados o no estar disponibles debido a fallas tecnológicas o del equipo, información incompleta o imprecisa para realizar los Servicios de Telemedicina, o distorsiones de las imágenes o de otra información recibida por transmisiones electrónicas. Reconozco que no se puede responsabilizar a los profesionales de salud de telemedicina por consejos, recomendaciones o decisiones basadas en factores fuera de su control, tales como información incompleta o imprecisa proporcionada por el Paciente u otras personas, o distorsiones de las imágenes de diagnósticos o muestras que pudieran ser resultado de la transmisión electrónica. Asimismo, reconozco que no se han dado garantías respecto a los Servicios de Telemedicina que se proporcionen. Entiendo que todos los materiales, dispositivos médicos y otros bienes proporcionados al Paciente, los proporciona CHPG TAL COMO ESTÁN y que Children's Health y CHPG deniegan cualquier garantía expresa o implícita.

Si los Profesionales de Telemedicina determinan que los Servicios de Telemedicina no son los adecuados a las necesidades médicas del Paciente, el Profesional de Telemedicina remitirá al Paciente para una evaluación médica en una clínica de CHPG o en la dirección de otro profesional de salud. Si después de recibir los Servicios de Telemedicina el Paciente experimenta una situación emergente o urgente, como una reacción adversa a cualquier tratamiento, o si la sesión de telemedicina se interrumpe a causa de una falla tecnológica o del equipo, se podrían necesitar otros medios de comunicación y tratamientos alternos, y consultaré a los profesionales de salud del Paciente para obtener los cuidados de seguimiento y la ayuda que sea necesaria.

Doy mi consentimiento y autorizo a los Profesionales de Telemedicina del CHPG a hacer grabaciones de audio, de video o de fotografía de los Servicios de Telemedicina. Entiendo que cualquier parte del cuerpo del Paciente puede aparecer en esas imágenes. Estoy de acuerdo en que dichas grabaciones seguirán siendo propiedad de los Profesionales de Telemedicina del CHPG y podrían o no pasar a formar parte del expediente médico. Entiendo que estos Servicios de Telemedicina los pueden ver ciertas personas dentro y fuera del campo médico con fines de investigación, informativos y educativos. Entiendo que se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información médica del Paciente mediante la prevención de divulgaciones no autorizadas; sin embargo, entiendo y reconozco que la seguridad de la transmisión electrónica de datos, imágenes de video e información de audio no puede garantizarse y la confidencialidad puede verse comprometida debido a interferencias ilegales o indebidas.

Mensajes de texto: Entiendo que CHPG podrá enviar notificaciones a mi teléfono móvil. Estos mensajes provienen de un número que no admite respuesta y solo tienen fines informativos. No tienen la finalidad de establecer una comunicación recíproca. Reconozco que se cobrarán las tarifas y cargos normales por mensajes de texto y que estos mensajes emplean una red telefónica pública, por lo que no se garantiza su total seguridad. Además, cualquier persona con acceso a mi teléfono podrá ver dichos mensajes, a menos que yo tome las medidas para proteger mi teléfono con una clave o número de identificación personal (NIP). I AUTORIZO / NO AUTORIZO a CHPG a enviarme mensajes de texto al número de teléfono móvil que he proporcionado para ese propósito.

Vigencia del consentimiento: Entiendo y estoy de acuerdo en que este consentimiento para Servicios de Telemedicina y tratamiento sea válido durante el año escolar 2016-2017, a menos que yo lo revoque por escrito antes de ese plazo y envíe el aviso a: CHPG at 2777 North Stemmons Fwy. Floor 4, Dallas, Texas 75207

Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario de consentimiento general para los servicios de salud escolar por telemedicina y tratamiento.

Firma del paciente, padre o representante legal* _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal _____ Parentesco con el paciente _____

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre en letra de molde del testigo _____

Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Reconocimientos: Información médica protegida – Aviso sobre prácticas de privacidad: El aviso sobre *Prácticas de Privacidad* de Children's Health expone cómo Children's Health puede utilizar y divulgar la información médica protegida (PHI, siglas en inglés) del Paciente con fines de tratamiento, pago y operaciones de la salud, así como para otros propósitos permitidos o exigidos por la ley. Reconozco que he recibido el aviso sobre Prácticas de Privacidad de Children's Health y que cualquier pregunta o preocupación se pueden dirigir al director de privacidad de Children's Health.

Uso y divulgación de información: Entiendo que los expedientes médicos del Paciente son confidenciales y los datos que contienen no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando lo autorice la ley. Las divulgaciones autorizadas están indicadas en la notificación sobre prácticas de privacidad. Entiendo que la información médica del Paciente comprende información actual, pasada y futura, y que puede incluir pruebas o consejo genético, información sobre enfermedades contagiosas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), registros relacionados con tratamientos de enfermedades mentales o psiquiátricas y diagnóstico y tratamiento por abuso del alcohol o drogadicción ("Información Médica"). Autorizo la divulgación de esta Información Médica como parte del expediente médico del Paciente. Entiendo que Children's Health debe conservar los expedientes médicos del Paciente por un período de tiempo exigido por la ley, y que luego podrá deshacerse de ellos tal como lo permita o exija la ley.

Compartición de información médica por medios electrónicos: Autorizo a Children's Health a usar la Información Médica del Paciente para fines de tratamiento, pago, operaciones normales relacionadas con la atención de la salud (en conjunto denominados "Propósitos") o como lo permita la ley. Reconozco que Children's Health divulgará y enviará la Información Médica del Paciente, por medios electrónicos o de otra forma, a terceros para los Propósitos que describe el presente o como lo permita la ley. Entiendo que, una vez divulgada, la Información Médica ya no estará protegida por las leyes estatales o federales de privacidad y, por lo tanto, puede quedar sujeta a volver a ser divulgada por el destinatario. La Información Médica divulgada podrá formar parte de los expedientes médicos de proveedores de atención médica distintos de Children's Health y podrá ser divulgada más adelante.

Intercambio de Información Médica: Children's Health participa en ciertos programas de intercambio de información médica (HIE, siglas en inglés) internos y de terceros para almacenar e intercambiar Información Médica del Paciente. Cierta Información Médica del Paciente de proveedores de cuidados médicos distintos de Children's Health que han dado tratamiento al Paciente también se almacena y comparte en los HIE, y Children's Health así como esos otros proveedores pueden utilizar los HIE para ver la Información Médica del Paciente para los Propósitos descritos en este documento, para coordinar la atención al paciente y como lo permita la ley. Entiendo que el Paciente puede optar por excluirse de la compartición de Información Médica en los HIE si lo indica con su decisión en el cuadro de abajo. El Paciente puede optar por volver a quedar incluido en la compartición de los HIE en cualquier momento. Sin embargo, reconozco que aun así, Children's Health almacenará la Información Médica del Paciente en los HIE. Entiendo que el Paciente no está obligado a participar en la compartición de Información Médica de los HIE para recibir atención médica.

No quiero que la Información Médica del Paciente sea compartida con los HIE. Sin embargo, entiendo que si la ley exige que la Información Médica se comparta con los HIE, Children's Health deberá cumplir con la ley. Además entiendo que cierta Información Médica podrá ser compartida con los HIE de manera tal que no se identifique al Paciente.

Responsabilidad financiera y cesiones – Responsabilidad financiera: Acepto pagar la totalidad de los cargos facturados en relación con los bienes y servicios proporcionados al Paciente, independientemente de cualquier pago de beneficios o seguro correspondiente y entiendo que todos los montos deben pagarse al solicitarlos Children's Health y a cualquier profesional que preste servicios al Paciente en Children's Health (los Profesionales). Salvo en la medida en que se prohíba por ley, acepto pagar todos los cargos no cubiertos y los cargos cubiertos que no hayan sido abonados en su totalidad por el plan de beneficios o seguro correspondiente, lo que incluye cargos pagaderos como coseguro, deducibles y beneficios no cubiertos a causa de exclusiones, limitaciones de la póliza o el plan o el incumplimiento de los requisitos del plan o del seguro. Estará disponible, previa solicitud, una estimación de los cargos previstos. Entiendo que la estimación podrá variar significativamente en comparación con los cargos finales debido a diversos factores como el curso del tratamiento, las prácticas del profesional y la necesidad de suministrar bienes y servicios adicionales. Asimismo, acepto y entiendo que si la cuenta del Paciente cae en mora y se deriva a un abogado o agencia de cobranzas, o se inician acciones legales, seré responsable de pagar todos los cargos, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de cobranzas. Doy mi consentimiento para que las agencias de créditos realicen consultas y para recibir llamadas por marcado automático con mensajes pregrabados y generados por computadora en mi teléfono móvil y en cualquier número telefónico proporcionado durante el proceso de registro del Paciente de parte de Children's Health, los Profesionales y sus empresas afiliadas y representantes, de forma enunciativa pero no limitativa, compañías de gestión de cuentas, contratistas independientes y agentes de cobranzas.

Solo para pacientes de Medicare y Medicaid: Entiendo que es posible que los bienes y servicios que el suscrito o el Paciente solicite para ser proporcionados al Paciente no estén cubiertos por Medicare o Medicaid como productos y servicios razonables y necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente. Comprendo que Medicare y Medicaid o su agente de seguros determinan la necesidad médica de los bienes y servicios que se solicitan para el Paciente. Si Medicare o Medicaid indican que determinados bienes y servicios no son necesarios desde el punto de vista médico para la atención del Paciente y los solicito igualmente a pesar de la negativa de Medicare o Medicaid, entiendo que seré exclusivamente responsable de pagar dichos bienes y servicios. Si la atención médica del Paciente es gestionada por Medicare o Medicaid, es posible que estas disposiciones no se apliquen. Certifico que la información proporcionada por el Paciente o en representación de este para solicitar el pago a través de Medicare o Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de información médica o de otra índole sobre el paciente a la Administración de la Seguridad Social, intermediarios o empresas, según sea necesario, para los reclamos relacionados con Medicare y Medicaid.

Aviso a los pacientes: Información sobre terceros pagadores (miembro de plan médico)

Reconozco que, según la información que proporcioné sobre cobertura por terceros, el seguro o plan de beneficios del Paciente, Children's Health

ES / NO ES un proveedor participante en la cobertura de terceros pagadores, seguro o plan de beneficios del Paciente.

Cesión de beneficios: Cedo y transfiero de manera irrevocable directamente a Children's Health y cualquier Profesional todos los beneficios, intereses y derechos, incluso derechos de demandas, reclamos por incumplimiento de ERISA (Employee Retirement Income Security Act) u otros reclamos legales o administrativos y el derecho a exigir el pago por cualquier póliza de seguros, planes de beneficios, planes de indemnización, planes de salud prepagados, pólizas de responsabilidad de terceros o los beneficios proporcionados por otro pagador en nombre del Paciente por bienes y servicios proporcionados al Paciente por parte de Children's Health y los Profesionales. También autorizo el pago directo a Children's Health y a los Profesionales por los bienes y servicios que proporcionen al Paciente. Autorizo al abogado, asegurador o administrador del plan del Paciente a permitir el acceso a Children's Health y los Profesionales a todos los documentos del plan, descripción resumida de los beneficios, póliza de seguros o información del acuerdo, en tanto Children's Health o los Profesionales lo soliciten por escrito para reclamar beneficios médicos.

Por medio de esta cesión, transfiero a Children's Health y a los Profesionales todos mis derechos a reclamar o embargar beneficios relacionados con los bienes y servicios prestados por Children's Health y los Profesionales al Paciente, incluso los derechos con respecto a cualquier acuerdo, seguro o indemnizaciones legales o administrativas, incluidos los daños y perjuicios originados por los reclamos por incumplimiento de ERISA y el derecho a apelar o continuar reclamos denegados o demorados. Children's Health y los Profesionales tendrán derecho a (1) obtener toda la información con respecto al reclamo; (2) presentar pruebas; (3) realizar declaraciones sobre hechos o la ley; (4) realizar cualquier solicitud, entre estas, entregar o recibir avisos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos, derechos de demandas o derechos contra partes responsables, compañías de seguros, planes de beneficios o administradores de planes. Children's Health y los Profesionales podrán presentar demandas contra cualquiera de estos planes de beneficios, administrador de plan o compañía de seguros en mi nombre y/o el del Paciente en relación de dependencia conmigo y/o el Paciente. Esta cesión no constituye ni deberá ser interpretada como si constituyera una obligación por parte de Children's o los profesionales a demandar estos intereses y derechos.

Hago constar que he leído y comprendo la información en los reconocimientos de información médica protegida y responsabilidad financiera y que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de Children's Health.

Firma del paciente, padre o representante legal* Fecha Hora

Nombre en letra de molde del paciente, padre o representante legal Parentesco con el paciente

Testigo Fecha Hora

Nombre en letra de molde del testigo * Uno de los padres o el representante legal debe firmar si el Paciente es menor de 18 años de edad.

Aviso sobre normas de privacidad Fecha de vigencia: 30 de abril de 2013 **ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.** Children's Medical Center of Dallas y sus subsidiarias (Children's) toman la privacidad de la información de salud suya o de su hijo con seriedad. La ley exige que mantengamos la información de salud de forma privada, que usted reciba este aviso sobre normas de privacidad (aviso) y que hagamos lo posible por obtener un documento firmado como acuse de recibo de este aviso. Este aviso incluye información sobre la forma en que se puede usar y divulgar su información de salud y describe sus derechos y obligaciones. Tenemos la

obligación de cumplir con los términos del aviso vigente. También encontrará el aviso publicado en ubicaciones claras y destacadas y en nuestro sitio web (www.childrens.com). Cualquier cambio en el aviso se publicará en el área de registro de pacientes y en nuestro sitio web, y le entregaremos a usted un aviso revisado, previa solicitud. Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el director de privacidad de Children's al 214.456.4444. Muchas gracias. Director de privacidad Children's Medical Center of Dallas. Este aviso explica la forma en que los empleados, personal médico/odontológico, pasantes, residentes, voluntarios, todos los departamentos y clínicas y demás proveedores médicos cuyos nombres estarán disponibles, previa solicitud, podrán usar y proporcionar su información médica protegida (PHI, por su sigla en inglés) a terceros para el tratamiento, pago y operaciones de salud tal como se describe a continuación, y para otros fines que la ley permita o exija. La PHI es información que usted comparte con Children's o que nosotros creamos o recibimos sobre atención médica. Esta información incluye la edad, raza, sexo y demás información de salud personal del paciente que puede identificarlo. Se relaciona con la salud física o mental pasada, presente o futura del paciente y con el tratamiento y los servicios relacionados, y el pago de la atención. Cómo entender su información médica: Cada vez que usted visita Children's se crea un registro de su visita con el fin de administrar la atención que recibe. Children's comprende que la PHI es personal y que su confidencialidad está protegida tanto por la legislación estatal como la federal. Children's cuenta con un registro médico electrónico y no usará o divulgará su PHI sin su autorización por escrito, salvo según se describe en este aviso. El uso o divulgación de acuerdo con este aviso puede incluir la transferencia electrónica de la PHI. Notificación de incumplimiento. En determinadas circunstancias usted tiene derecho a recibir una notificación en caso de que Children's o uno de sus asociados comerciales, descubra un uso o divulgación no autorizados de su información médica no segura. Se realizarán las notificaciones sobre cualquier uso o divulgación de este tipo de acuerdo con lo establecido en la legislación estatal y federal. Uso y divulgación por parte de Children's de su PHI sin autorización: La siguiente sección explica los varios fines para los que Children's tiene permitido usar y divulgar PHI. Para fines de tratamiento: Al brindarle servicios de atención médica en Children's, su PHI podrá compartirse con los proveedores de atención médica que le proporcionen tratamiento en la medida necesaria para atenderlo. Estos profesionales pueden incluir médicos, enfermeros, farmacéuticos, laboratoristas y demás profesionales de atención médica que participen en su atención, ya sea en Children's o en un proveedor médico externo. Para fines de pago: Es posible que Children's necesite compartir su PHI relacionada con el pago de los servicios que recibe. Por ejemplo, Children's podrá comunicarse y compartir información con una aseguradora, un programa gubernamental u otro tercero a fin de determinar su cumplimiento con los requisitos, obtener aprobación previa, determinar si su plan de salud pagará un tratamiento y presentar reclamaciones. Para fines de manejo del cuidado de la salud: Children's podrá usar y divulgar su PHI con fines de operaciones de salud generales, incluido lo siguiente: Actividades de mejora de la calidad: Se podrá compartir información a los efectos de mejorar la calidad o el costo de la atención. Por ejemplo, agencias ajenas a Children's podrán revisar su PHI para evaluar y mejorar la calidad de la atención y los servicios que proporcionamos. Residentes médicos, estudiantes, pasantes (estudiantes) y voluntarios: Los estudiantes y voluntarios podrán tener acceso a su PHI con fines de formación, educación y servicio cuando participan en programas educativos, capacitaciones, internados, programas de residencia o el programa de voluntarios de Children's. Recordatorios de citas: Children's le ofrece el servicio de recordatorios de citas y le informará sobre alternativas de tratamiento, beneficios o servicios relacionados con su salud. Programa Care Everywhere: Su PHI se guarda en formato electrónico y puede compartirse por este medio con determinados socios de atención médica de Children's. Care Everywhere fue diseñado para vincular a los centros participantes, de modo que dichos centros puedan tener acceso a su PHI para coordinar la atención con mayor facilidad. La participación es voluntaria, a menos que lo exija la ley, y usted puede optar por no participar en cualquier momento, indicando su voluntad en la sección sobre información médica protegida del formulario de *Consentimiento general para tratamiento y reconocimientos* que llena al registrarse o avisando al director de privacidad de Children's. Si elige no participar, su PHI no se compartirá de forma electrónica con otros socios de atención médica. Puede cambiar de opinión o retirar su consentimiento en cualquier momento, salvo cuando la divulgación sea exigida por la ley. No obstante, Children's no puede recuperar información que ya haya sido compartida. Intercambio de información médica: Sus registros médicos electrónicos pueden compartirse en intercambios de información médica (HIE, por su sigla en inglés) (en ocasiones denominados Organizaciones de información médica regional o RHIO, por su sigla en inglés). La participación es voluntaria, a menos que lo exija la ley, y usted puede optar por no participar en cualquier momento, indicando su voluntad en la sección sobre información médica protegida del formulario de *Consentimiento general para tratamiento y reconocimientos* que llena al registrarse o avisando al director de privacidad de Children's. Si elige no participar, su PHI identificable no se compartirá en un HIE, a menos que lo exija la ley. Un HIE es útil cuando se requiere tratamiento en otro centro que participa con Children's en un HIE porque permite que el otro centro reúna su PHI a través del HIE para obtener su historial médico y coordinar la atención. A menos que la divulgación sea exigida por la ley, puede cambiar de opinión o retirar su consentimiento en cualquier momento. No obstante, Children's no puede recuperar información que ya haya sido compartida. Asociados comerciales: Children's proporciona algunos servicios a través de contratos con terceros asociados comerciales. Entre los ejemplos se incluyen las agencias de transcripción y los servicios de copiado. Su PHI podrá divulgarse a nuestros asociados comerciales a fines de realizar los servicios para los que fueron contratados. Para proteger su PHI, Children's exige que estos asociados comerciales protejan su PHI de forma adecuada, en cumplimiento con todas las leyes vigentes. Directorio del hospital: A menos que usted se oponga, Children's podrá incluir determinada información limitada sobre su persona en el directorio del hospital durante su estadía. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital, estado general (por ejemplo: bueno, estable, crítico, etc.) y religión. Esta información podrá compartirse con miembros del clero. Salvo su afiliación religiosa, esta información podrá compartirse, además, con las personas que se comuniquen con el hospital y pregunten por usted dando su nombre. Si no desea estar incluido en el directorio del hospital, marque la casilla en el formulario de *Consentimiento general para tratamiento y reconocimientos* bajo la información de directorio y solicite la designación de "paciente sin información". Continuidad de la atención: Una vez que tenga el alta, su información podrá compartirse con otros proveedores de atención médica tales como agencias de cuidado en el hogar y agencias de servicios comunitarios a fin de obtener los servicios en su nombre. Además, podremos usar su PHI para comunicarnos con usted por información sobre prevención de enfermedades y manejo de la salud. Otros fines de divulgación: Cumplimiento de la ley: Children's debe informar determinadas partes de su PHI a las autoridades o funcionarios legales, incluidas las agencias de cumplimiento de la ley, el sistema judicial o las agencias gubernamentales. Los ejemplos incluyen: denuncia de sospecha de abuso o negligencia, violencia doméstica o determinadas lesiones físicas; como respuesta a una orden judicial, citación o solicitud de juicio. Salud pública: Es posible que se exija que Children's informe sobre algunas partes de su PHI a las autoridades de salud pública. Los ejemplos incluyen la denuncia de determinadas enfermedades, lesiones o la información sobre nacimientos o fallecimientos. Además, Children's deberá divulgar información específica a la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus sigla en inglés) o información relacionada con el abuso o negligencia de menores. Agencias de supervisión médica: Children's deberá divulgar información específica a las agencias estatales o federales a fin de que puedan controlar, investigar o disciplinar a



quienes trabajan en el sistema de atención médica. Para fines de investigación: Children's podrá usar o divulgar su PHI con fines de investigación. Si participa en un estudio de investigación, habrá un procedimiento de aprobación específico que incluye su autorización para participar. Puede haber instancias en que se use la PHI sin su autorización, pero la información identificable no se divulgará sin su autorización. Notificación/Auxilio para catástrofes: Children's podrá usar o divulgar su PHI con fines de auxilio para catástrofes. Actividades relacionadas con el fallecimiento: Children's podrá divulgar su PHI para la donación de órganos o tejido o a los médicos forenses o directores de funeraria para que puedan llevar a cabo las tareas relacionadas con el fallecimiento. Los ejemplos incluyen: determinar la causa de

muerte y llevar a cabo las actividades de preparación de un funeral. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: Children's podrá usar y divulgar su PHI a las autoridades pertinentes cuando sea necesario a fin de evitar una amenaza grave a la salud y seguridad del público o de un tercero. Para fines militares: Children's podrá divulgar su PHI a las autoridades competentes que la soliciten, si es miembro de las fuerzas armadas. Custodia policial o seguridad nacional: Children's podrá divulgar su PHI a un instituto correccional o a un oficial policial si usted se encuentra bajo la custodia de funcionarios policiales federales o estatales o está encarcelado a los efectos de brindarle atención médica, proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o la seguridad de los funcionarios policiales o el instituto correccional. Indemnización por accidentes laborales: Es posible que Children's deba divulgar su PHI relacionada con los beneficios y actividades de la indemnización por accidentes laborales. Recaudación de fondos: Children's podrá usar su PHI limitada para ponerse en contacto con usted respecto a la recaudación de fondos relacionada con la misión de Children's de proporcionar atención médica y mejorar la vida de los niños. Usted tiene derecho a no recibir estas comunicaciones. Puede ponerse en contacto con la oficina de privacidad si desea ejercer su derecho a no recibir estas comunicaciones. Children's no condicionará su tratamiento a la aceptación para recibir comunicaciones sobre la recaudación de fondos. Promoción: Children's solo podrá usar su PHI para determinados fines de promoción, a saber: comunicaciones personales, regalos promocionales de valor nominal, recordatorios de renovación de recetas de medicamentos, o de otro modo para informarle sobre un fármaco relacionado con su tratamiento o nuestras operaciones de salud, según lo descrito en este aviso. Los ejemplos de estas comunicaciones incluyen: gestión de casos, coordinación de atención o alternativas de tratamiento que pudieran ofrecerse. Divulgaciones de la PHI que requieren su autorización. Su autorización es necesaria para otros usos y divulgaciones de la PHI, salvo para los tipos de ejemplos incluidos en las excepciones descritas anteriormente. Esto incluye, salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación de notas de psicoterapia, fines promocionales más amplios, venta de la PHI, información sobre VIH/sida, registro del tratamiento por abuso de sustancias y registros de pacientes fallecidos. Si autoriza que Children's use o divulgue su PHI, puede revocar dicha autorización en cualquier momento. No obstante, Children's no puede recuperar información que ya haya sido compartida. Puede revocar la autorización siguiendo las instrucciones que se describen en el formulario de *Autorización para la inspección, uso y divulgación de información médica* que puede obtener en nuestro sitio web: www.childrens.com o poniéndose en contacto con la oficina de privacidad. Sus derechos a la privacidad. Sus derechos respecto a la PHI son los siguientes: Derecho a recibir este aviso sobre normas de privacidad. Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso en cualquier momento. Puede obtener una copia impresa del aviso vigente en todas las áreas clínicas o una copia electrónica en el sitio web de Children's: www.childrens.com. Derecho a revisar y solicitar una copia de su PHI. Tiene derecho a revisar y solicitar copias de los registros médicos que pueden utilizarse para tomar decisiones respecto a su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero puede haber excepciones para las notas de psicoterapia o la información sobre terceros. Puede solicitar una copia impresa o electrónica de su registro médico en el departamento de administración de información médica o a través del formulario de *Autorización para la inspección, uso y divulgación de información médica* que puede encontrar en www.childrens.com, o poniéndose en contacto con la oficina de privacidad. Además, puede suscribirse para obtener una cuenta de MyChart, lo que le permite tener acceso electrónico a partes de su información médica en www.childrens.com. Children's podrá cobrarle una tarifa para copiar o enviar por correo electrónico su registro médico, según lo permita la ley. Siempre que podamos hacerlo, le proporcionaremos una copia electrónica dentro del plazo de 15 días a partir de su solicitud por escrito y el pago de la tarifa correspondiente. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a especificar que desea que Children's se comunique con usted por asuntos médicos de una forma determinada o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que nos contactemos con usted únicamente por teléfono al trabajo, o que lo hagamos únicamente por correo postal a su casa o por correo electrónico. Seguiremos sus indicaciones siempre que sea razonablemente posible. Puede solicitar un lugar alternativo de comunicación en el formulario de *Solicitud de comunicación alternativa de información médica* al momento de registrarse, en el sitio web de Children's: www.childrens.com, o llamando a la oficina de privacidad al 214.456.4444 para solicitar un lugar alternativo para las comunicaciones. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la forma en que se usa o divulga su PHI. Nosotros tenemos derecho a rechazar su solicitud, salvo que tenemos que acordar cuando la divulgación de PHI se realice a un plan de salud si dicha divulgación es para el pago u operaciones de salud y no se exige por ley de otro modo; y si la divulgación se relaciona con un artículo o servicio de atención médica que usted haya pagado en su totalidad, o que haya sido pagado en su totalidad por un tercero, distinto del plan de salud, en su nombre. Puede completar el formulario de *Solicitud para restringir el uso o divulgación de información médica* que se encuentra en www.childrens.com o llamando a la oficina de privacidad al 214.456.4444. Derecho a solicitar modificaciones. Tiene derecho a solicitar la modificación de su registro médico en Children's si este no es correcto o está incompleto. Children's tiene derecho a rechazar su solicitud si: no creamos la información, no guardamos la información, usted no tiene derecho a ver y copiar la información o la información ya está completa y es correcta. Puede solicitar un cambio en el formulario de *Solicitud de modificación de información médica* que se encuentra en www.childrens.com o llamando a la oficina de privacidad al 214.456.4444. Derecho a un registro de las divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un registro de las divulgaciones (explicación de las divulgaciones) cuando Children's divulga su PHI. Puede solicitar un registro de las divulgaciones de su PHI presentando el formulario de *Solicitud de explicación de las divulgaciones de información médica* en el departamento de administración de información médica. Puede encontrar el formulario en www.childrens.com o llamando a la oficina de privacidad al 214.456.4444. Si solicita este registro de divulgaciones más de una vez al año, Children's podrá cobrarle una tarifa para entregarle la lista. Esta lista incluirá únicamente la información exigida por la ley. No incluirá divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de salud, ni divulgaciones que usted haya autorizado. Preguntas o quejas. Si tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, llame a la oficina de privacidad de Children's. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en la oficina de privacidad de Children's, a través de la línea directa de HIPAA al 214.456.4444, por correo electrónico a privacy@childrens.com o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No será sancionado por presentar una queja.

Información de contacto del director de privacidad: Privacy Officer (Director de privacidad) Children's Medical Center of Dallas 1935 Medical District Drive Dallas, TX 75235 214.456.4444

Para obtener una copia completa del expediente de la consulta de los servicios de telemedicina
Puede accederlos por medio de MyChart o debe solicitar el expediente a
Children's Health – Departamento Health Information Management, al 214-456-2509.