



## CENTROS DE TELEMEDICINA EN LAS ESCUELAS

### Participación y Compartir Datos

Estimado Padre o Tutor:

El Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard (HCPSS, por su nombre en inglés) y el Departamento de Salud del Condado de Howard (HCHD, por su nombre en inglés) se han asociado para implementar centros de telemedicina de bienestar en las escuelas. Los centros de telemedicina utilizan un enlace seguro bidireccional para transmitir videos e imágenes entre la suite privada de sanidad de su escuela y el prestador de telemedicina. Los prestadores de telemedicina actuales son el Hospital General del Condado de Howard, *Columbia Medical Practice*, y *Klebanow M.D. and Associates*.

A efectos de que su estudiante/niño/a reciba servicios de telemedicina, él/ella debe inscribirse en el Programa de Centros de Telemedicina de Bienestar en las Escuelas con el HCHD (formulario separado de inscripción). Asimismo, la enfermera escolar siempre se comunicará con usted antes de que su estudiante/niño/a reciba cualquier servicio de telemedicina. Si la enfermera no puede comunicarse con usted, su estudiante/niño/a recibirá el cuidado que el personal de sanidad escolar proporciona normalmente en lugar de los servicios de telemedicina, a menos que usted hubiera proporcionado un consentimiento adicional en el formulario de inscripción para que su niño/a cuente con la visita de telemedicina sin que la enfermera escolar hable con usted.

Como parte del servicio del Centro de Telemedicina, la información personal de la salud de su estudiante/niño/a se compartirá entre el HCPSS, el HCHD, y el prestador de telemedicina para coordinar el cuidado y proporcionar servicios. Asimismo, la información personal de la salud de su estudiante/niño/a puede utilizarse para tratamiento, pago y operaciones según lo permiten las protecciones de privacidad de la Ley federal de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por su nombre en inglés).

Por favor, sepa que la participación en este servicio es voluntaria y no es requerida por las Escuelas Públicas del Condado de Howard. Si usted escoge no participar, su estudiante/niño/a recibirá el cuidado que el personal de sanidad escolar provee normalmente. Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con su escuela.

Al completar y firmar este formulario, usted: (1) da su conformidad para que su estudiante/niño/a participe en el Programa del Centro de Telemedicina de Bienestar en las Escuelas; y (2) da su consentimiento para que la información personal de salud de su estudiante/niño/a se comparta entre el HCPSS, el HCHD, y el prestador de telemedicina dentro de lo que fuera permitido bajo la HIPAA.

Nombre del  
Estudiante/Niño/a: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**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 Púlicas 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.

Si la enfermera no puede comunicarse con usted, a su estudiante/hijo se le da el cuidado que es normalmente proveído por el personal de las escuela, en lugar de los servicios de telemedicina, al menos que usted haya proporcionado consentimientos adicionales en la forma de enrolamiento de su hijo para tener la vista de telemedicina sin que la enfermera de la escuela haya hablado con usted.

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

No hay cargos ni cobran por una visita de telemedicina si un proveedor pediátrico de sala de emergencias del hospital general del Condado de Howard ve a su niño. Si su niño es un paciente en una de las prácticas listado abajo y un proveedor de esa práctica proporciona la visita de telemedicina, entonces solamente para estas prácticas, le cobrarán como si su niño viera a su proveedor en su oficina. Si su niño es un paciente en una de estas prácticas, él o ella verá a un proveedor de la oficina de su pediatra sin costo adicional y esperamos que pueda permanecer en la escuela.


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

**Columbia Medical Practice- Pediatrics  
Dr. Ken Klebanow and Associates**

Si tiene preguntas adicionales, comuníquese conmigo al (410) 313-7238, Sharon Hobson, administradora del programa 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
<p>Apellido: _____</p> <p>Primer nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Ciudad                      Estado                      Código postal</i></p> <p>Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____</p> <p style="text-align: center;"><i>                    Mes                      Día                      Año</i></p> <p>Sexo:    <input type="checkbox"/> Masculino                      <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Varón Transexual                      <input type="checkbox"/> Transexual Femenina <input type="checkbox"/> No binario _____</p> <p>Número de Seguro Social (optional) ----- _____</p> <p>Raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/proveniente de las islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Idioma preferido: _____</p> <p>Nombre de la escuela: _____</p> <p>Grado: _____</p>	<p><b><u>Madre</u></b></p> <p>Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Número(s) de contacto: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p><b><u>Padre</u></b></p> <p>Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Número(s) de contacto: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p><b><u>Tutor legal, si corresponde</u></b></p> <p>Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Relación del tutor legal con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/a    <input type="checkbox"/> Tía/o    <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Número(s) de contacto: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p><b><u>Contacto de emergencia adicional</u></b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el estudiante: _____</p> <p>Número de teléfono particular: _____</p> <p>Número de teléfono laboral: _____</p> <p>Celular: _____</p> 
<p><b><u>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD</u></b></p> <p>¿Tiene su hijo seguro de salud                      <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Tiene su hijo asistencia médica?                      <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Tiene su hijo seguro de salud privado o patrocinado por el empleador?                      <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿ desea que el personal del Departamento de Salud del Condado de Howard se comunique con usted para inscribirlo en un seguro de salud?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí</p>	

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 comunice 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:**

- Examen del nuevo ingresante emergencia
- Registro de vacunación
- Resultados de exámenes de visión y audición
- Resultados de la prueba de la tuberculina

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

- 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. 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

Firmando esta Línea, estoy dando permiso para que mi hijo/a, que recibe una visita de telemedicina, aunque la enfermera de la escuela no haya podido contactarme al tiempo de la visita. (1er grado y mayores)

X \_\_\_\_\_  
**Firma del padre/de la madre/del tutor legal** **Fecha**

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problema psiquiátrico/de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿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: _____	
<input type="checkbox"/> Alergias ( <i>Enumere todas, <u>incluidos los medicamentos</u></i> ) _____			

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 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