

Estimado padre/tutor legal:

La escuela secundaria de su hijo forma parte de un programa especial que brinda servicios de atención médica adicionales en la clínica de la escuela. Esto incluye el tratamiento de enfermedades y lesiones menores, la realización de análisis de laboratorio, el control de enfermedades crónicas y la prestación de atención preventiva, como exámenes físicos y vacunas, todo **SIN COSTO** para usted.

Para asegurarse de que su hijo pueda acceder a estos servicios, complete y devuelva los formularios de consentimiento adjuntos a la clínica escolar. Esto se suma a los formularios anuales en línea del distrito escolar. Con su consentimiento, su hijo podrá recibir servicios de atención médica adicionales de nuestro proveedor médico, junto con primeros auxilios básicos y atención de emergencia.

-  **Consentimiento para servicios de clínicas de salud en escuelas**  
Complete todo el formulario y firme el consentimiento.  
Si su estudiante tiene Medicaid, marque la casilla "Sí" y firme.
-  **Historial de salud del Estudiante**  
Complete todo el formulario y firme.
-  **Iniciación de Servicios**  
Completar y firmar el consentimiento.
-  **Consentimiento Interinstitucional Para Servicios y Autorización de Información**  
Completar y firmar el consentimiento.
- Aviso de Prácticas de Privacidad**  
Guárdelo para sus registros.

Si tiene alguna pregunta sobre estos formularios o servicios, comuníquese con la clínica de la escuela de su hijo:

Clínica de la escuela secundaria Boca Ciega: (727) 893-2780 ext. 2026  
Clínica de la escuela secundaria Gibbs: (727) 893-5452 ext. 2026  
Clínica de la escuela secundaria Largo: (727) 588-3758 ext. 2026  
Clínica de la escuela secundaria Northeast: (727) 570-3138 ext. 2325  
Clínica de la escuela secundaria Pinellas Park: (727) 538-7410 ext. 2026

Estos servicios ampliados son financiados por la Junta de Bienestar Juvenil (JWB) a través de impuestos locales. Como parte de la financiación, el Departamento de Salud de Florida en el condado de Pinellas debe recopilar información de identificación personal sobre los estudiantes para la rendición de cuentas del programa y las actividades de mejora de la calidad.

El Programa de Clínicas de Salud Escolares es una asociación entre el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, JWB, la Junta Escolar del Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y las administraciones de las escuelas secundarias Boca Ciega, Gibbs, Largo, Northeast y Pinellas Park.

**La misión del Programa de Servicios de Salud en las Escuelas es** evaluar, proteger y promover la salud de los niños y adolescentes, ayudando a garantizar que estén sanos en el aula y listos para aprender.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en <https://tinyurl.com/SchoolBasedClinics>.

Paquete de consentimiento para la clínica de salud escolar de septiembre de 2024



# Consentimiento para servicios de clínicas de salud Enescuelas DEPARTAMENTO DE SALUD DE FLORIDA

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO:	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>
NOMBRE:	<input type="text"/>	ESCUELA:	<input type="text"/>
SEGUNDO NOMBRE:	<input type="text"/>	GRADO:	<input type="text"/>
SEGURRO SOCIAL:	<input type="text"/>		

## SERVICIOS DISPONIBLES PARA ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SIN COSTO

**Por favor marque cualquier servicio que NO PODEMOS proporcionar a su hijo.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exámenes físicos escolares y deportivos           | <input type="checkbox"/> Atención de enfermedades y lesiones menores | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio (cultivos de orina, garganta)                |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento social, emocional y de salud mental | <input type="checkbox"/> Vacunas                                     | <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos de venta libre (Tylenol, Ibuprofeno, Tums) |

## ACUERDO DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES

**Por favor lea atentamente y firme:**

Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente reciba servicios en la Clínica Escolar del Departamento de Salud de Florida. Todos los servicios enumerados anteriormente que no se hayan marcado estarán disponibles para mi hijo. Además, comprendo que todos los servicios autorizados por mí estarán disponibles sin costo alguno.

Por favor marque una:  $\longrightarrow$   Padre  Guardian legal  Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

## CONSENTIMIENTO DE COBERTURA DE MEDICAID

**¿Su hijo está cubierto por Medicaid?  Sí  No (Si la respuesta es Sí, continúe. Si la respuesta es No, omita el resto de esta sección)**

### CONSENTIMIENTO DEL ESTADO DE FLORIDA PARA FACTURAR MEDICAID

Los servicios clínicos en las escuelas son gratuitos, pero el Departamento de Salud de Florida recibe financiación parcial mediante la facturación a Medicaid para los estudiantes con cobertura. Si su hijo tiene Medicaid, firme a continuación.

Por la presente, asigno al Departamento de Salud de Florida todos los beneficios provistos bajo el plan de atención médica de Medicaid. El monto de dichos beneficios no excederá los cargos médicos establecidos por la Junta de Comisionados del Condado de Pinellas. Todos los pagos según este párrafo deben realizarse al Departamento de Salud de Florida. Además, autorizo al Departamento de Salud de Florida en 205 Dr. M. L. King Jr. Street North, St. Petersburg, FL 33701 y a cualquier médico o proveedor de atención médica que examine o trate a mi hijo a divulgar a terceros cualquier información médica, psiquiátrica/psicológica, sobre abuso de alcohol/drogas, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, SIDA, VIH, abuso o gestión de casos, incluida la información recibida de otros proveedores de atención médica, sobre diagnóstico y tratamiento para su uso en la determinación de un reclamo por dicho diagnóstico o tratamiento. Esto puede incluir toda la información relacionada con el pago.

Por favor marque una:  $\longrightarrow$   Padre  Guardian legal  Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

## LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOLO PARA FINES DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Organización del hogar (seleccione una): Padre soltero: <input type="checkbox"/> Jefa de familia femenina <input type="checkbox"/> Jefe de familia masculino Padres y madres duales (ambos padres): <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No casado Hombre/Mujer Otro: _____	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano País natal: _____ Carrera: _____	Idioma principal hablado: _____ Número de niños en el hogar: _____ Número de adultos en el hogar: _____ Ingresos del hogar (antes de impuestos): \$ _____
--	--	--

**POR FAVOR, VERIFIQUE DOS VECES LAS FIRMAS REQUERIDAS. ¡GRACIAS!**



# Historial de salud del Estudiante CONFIDENCIAL

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO:       FECHA DE NACIMIENTO:       EDAD:

NOMBRE:       SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

SEGUNDO NOMBRE:       MELLIZO:  SI  NO

## HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

¿Su hijo tiene alergia a algún medicamento, alimento o ambiente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es así, ¿su hijo tiene un EpiPen? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, enumere todos los alérgenos y reacciones: <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Su hijo toma medicamentos diariamente o según sea necesario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indique el medicamento, la dosis y el motivo de la medicación: <input type="text"/>

## ¿TIENE USTED O SU HIJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?

		SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	SI ES ASÍ, POR FAVOR PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN:
1	TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3	ESPECTRO AUTISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4	DIABETES TIPO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5	DIABETES TIPO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6	DESMAYOS	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7	DOLORES DE CABEZA O MIGRAÑAS	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8	CARDIOPATÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9	PROBLEMAS DE RENALES O VEJIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10	CALAMBRES MENSTRUALES SEVEROS or IRREGULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
11	CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12	ANEMIA DREPANOCÍTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
13	PROBLEMAS DE ESTÓMAGO	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
14	CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE SALUD NO ENUMERADO:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## ¿HAY ALGO MÁS QUE DEBEMOS SABER?

## SE REQUIERE FIRMA DEL GUARDIAN

Por favor marque una:  Padre       Guardian legal       Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha



# INICIACIÓN DE SERVICIOS

## PARTE I: CONSENTIMIENTO DE LA RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del cliente:

Nombre de la agencia: FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH - PINELLAS COUNTY

Dirección de la agencia: 205 DR. MARTIN LUTHER KING JR. ST. N., ST. PETERSBURG, FL 33701 Doy mi consentimiento para entablar una relación cliente-proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud y a sus representantes a brindar atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria y puede implicar visitas médicas que incluyan la obtención de antecedentes médicos, evaluación, examen, administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Puedo terminar esta relación en cualquier momento.

NA Al poner mis iniciales en esta línea, reconozco que se me ha proporcionado una hoja informativa de consentimiento informado para telesalud y que doy mi consentimiento para que se presten algunos servicios por medio de telesalud. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento al interrumpir el uso de los servicios de telesalud sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

## PARTE II: CONSENTIMIENTO PARA REVELAR DE INFORMACIÓN (sólo para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica)

Doy mi consentimiento para que se use y divulgue mi información médica, incluida la información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, tuberculosis, prevención del abuso de sustancias, psiquiatría/psicología y gestión de casos, para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Intercambio de Información Médica (HIE), lo que permite el acceso a la misma por parte de los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si decide no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar solicitando y firmando un formulario de exclusión voluntaria del HIE.

## PARTE III: CERTIFICACIÓN DE PACIENTE DE MEDICARE, AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO (Solo se aplica a clientes de Medicare)

Como cliente/representante que firma a continuación, certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia antes mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/proveedores para este reclamo o un reclamo relacionado de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico a la agencia antes mencionada y la autorizo a presentar un reclamo a Medicare para el pago.

## PARTE IV: CESIÓN DE BENEFICIOS (Solo aplica para Terceros Pagadores)

Como Cliente/Representante que firma a continuación, asigno a la agencia antes mencionada todos los beneficios provistos bajo cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no excederá los cargos médicos establecidos en la tabla de honorarios aprobada. Todos los pagos según este párrafo deben realizarse a la agencia antes mencionada. Soy personalmente responsable de los cargos no cubiertos por esta cesión.

## PARTE V: OBSTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (Este aviso se proporciona de conformidad con la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número de seguro social para fines de identificación y facturación, según lo autorizado por las subsecciones 119.071(5)(a)2.a. y 119.071(5)(a)6. de los Estatutos de Florida. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la recopilación, uso o divulgación de mi número de seguro social solo para fines de identificación y facturación. No se utilizará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números de seguro social por parte del Departamento de Salud de Florida es imperativa para el desempeño de los deberes y responsabilidades según lo prescribe la ley.

## PARTE VI: MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número de seguro social para fines de identificación y facturación, según lo autorizado por las subsecciones 119.071(5)(a)2.a. y 119.071(5)(a)6. de los Estatutos de Florida. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la recopilación, uso o divulgación de mi número de seguro social solo para fines de identificación y facturación. No se utilizará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números de seguro social por parte del Departamento de Salud de Florida es imperativa para el desempeño de los deberes y responsabilidades según lo prescribe la ley.

Por favor marque una:  Padre  Guardian Legal  Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

## PARTE VII: RETIRO DEL CONSENTIMIENTO (No es una firma obligatoria a menos que desee optar por no recibir los servicios)

Por favor marque una:  Padre  Guardian Legal  Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha



# Consentimiento interinstitucional para servicios y divulgación de información

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO:  FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:  ESCUELA:  Escuela Secundaria Boca Ciega

SEGUNDO NOMBRE:   Escuela Secundaria Gibbs

DIRECCIÓN CALLE:   Escuela Secundaria Largo

APTO/ UNIDAD/LOTE:   Escuela Secundaria Northeast

CIUDAD:   Escuela Secundaria Pinellas Park

CÓDIGO POSTAL:   OTROS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO #:

## MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LUEGO LEA Y FIRME LA SECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Como padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, yo,  doy mi consentimiento para que el estudiante reciba servicios del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas y Suncoast Center, Inc.
- Yo, el adulto o estudiante legalmente emancipado nombrado anteriormente, doy mi consentimiento y acepto recibir servicios del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas y Suncoast Center, Inc.

Los servicios ampliados de la escuela están financiados por la Junta de Bienestar Juvenil (JWB) a través de los impuestos locales. Como parte de la financiación, el Departamento de Salud de Florida en Pinellas y Suncoast Center, Inc. deben recopilar información personal adicional sobre el estudiante para la rendición de cuentas del programa y las actividades de mejora de la calidad. Sin embargo, no se le negarán al estudiante los servicios básicos de salud escolar si decide no firmar el formulario.

## SECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que yo o mi menor participemos en encuestas en línea o en papel que se utilizarán para mejorar y optimizar el programa.

Autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas y a Suncoast Center, Inc. a divulgar y recibir de la Junta Escolar del Condado de Pinellas los registros médicos y educativos (los "Registros"). Entiendo que dichos registros pueden contener información de salud relacionada con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, de drogas y/o alcohol, VIH/SIDA, así como registros educativos, registros de vacunación, datos de suspensiones/referencias a la oficina, datos de asistencia, referencias a equipos de servicios estudiantiles y comunicación escrita y verbal con el personal escolar relacionada con la intervención de salud mental.

Autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y la Junta Escolar del Condado de Pinellas a divulgar información de identificación personal del estudiante, como número de seguro social del estudiante, nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de hogar, arreglo de vida del hogar (padres, padre soltero, abuelos, etc.) e información sobre almuerzos gratuitos y reducidos a JWB.

También autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y a la Junta Escolar del Condado de Pinellas a divulgar información médica protegida y toda la información relacionada con el tratamiento recibido en la clínica de la escuela, en mi hogar o en cualquier otro lugar donde esté recibiendo tratamiento de estos proveedores y cualquier otra información médica en su control a JWB. Además, autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y a la Junta Escolar del Condado de Pinellas a divulgar registros que puedan contener información médica relacionada con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, de drogas y/o alcohol, VIH/SIDA, así como registros educativos, registros de vacunación, suspensiones/datos de derivación a la oficina, datos de asistencia, derivaciones a equipos de servicio estudiantil y comunicación escrita y verbal con el personal escolar relacionada con la intervención de salud mental a JWB.

Entiendo que los registros se divulgarán y recibirán con el propósito de tratamiento, pago/reembolso, mejora de la calidad y actividades de investigación. Entiendo que cualquier información divulgada, recibida o utilizada por JWB en base a este consentimiento no se divulgará a ninguna otra parte sin mi consentimiento expreso por escrito o según lo permita la ley aplicable. Sin embargo, la información de identificación individual recibida por JWB en base a este consentimiento puede ser utilizada por JWB y sus agentes para fines de investigación, siempre que los resultados de la investigación se informen en su totalidad en un formato anónimo, lo que significa que no se revela ninguna información que identifique a un individuo. Excepto que JWB no proporcionará ningún registro cubierto por el Título 42 del CFR a ningún agente de JWB.

Entiendo que este consentimiento está vigente mientras el estudiante mencionado anteriormente esté inscrito en una de las escuelas del condado de Pinellas mencionadas anteriormente. Este consentimiento terminará cuando el estudiante mencionado anteriormente ya no esté inscrito o se gradúe de una de las escuelas del condado de Pinellas mencionadas anteriormente, excepto para fines de investigación y revisiones de cumplimiento. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Si revoco este consentimiento, debo hacerlo por escrito y presentarlo en la clínica de salud de la escuela mencionada anteriormente. Entiendo que si revoco mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información ya divulgada y/o utilizada debido a mi consentimiento previo.

**FIRMA REQUERIDA PARA LA LIBERACIÓN: Libero a la Junta Escolar del Condado de Pinellas, El Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y la Junta de Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas, sus funcionarios, agentes y empleados, están exentos de toda responsabilidad por la divulgación de información de conformidad con este consentimiento.**

Por favor marque una:  Padre  Guardian Legal  Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

Firma del testigo



# Aviso de prácticas de privacidad POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

## USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social y cualquier otro medio para identificarlo como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o que puede usarse para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un empleador o un centro de intercambio de información sobre atención médica. El Departamento de Salud puede actuar como cualquiera de los tipos de empresas antes mencionados. El Departamento de Salud utiliza esta información médica de muchas maneras mientras realiza actividades comerciales normales.

El Departamento de Salud puede utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los profesionales de la salud utilizan la información médica en las clínicas u hospitales para atenderlo. Su información médica protegida puede ser compartida, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento de Salud puede utilizar o divulgar su información médica para la gestión de casos y servicios. La clínica u hospital del Departamento de Salud puede enviar la información médica a compañías de seguros, Medicaid o agencias comunitarias para pagar los servicios que se le brindan.

Su información puede ser utilizada por cierto personal del departamento para mejorar las operaciones de atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Cierta información médica protegida puede ser divulgada sin su autorización por escrito según lo permita la ley. Esas circunstancias incluyen:

- Denunciar abusos a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido.
- Investigaciones y auditorías internas realizadas por las divisiones, oficinas y departamentos del departamento.
- Investigaciones y auditorías del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de Políticas de Programas y Responsabilidad Gubernamental de la legislatura.
- Fines de salud pública, incluidas estadísticas vitales, notificación de enfermedades, vigilancia de la salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de los profesionales de la salud.
- Investigaciones del médico forense del distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes judiciales, órdenes de arresto o citaciones;
- Fines de aplicación de la ley, investigaciones administrativas y procedimientos judiciales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requerirán su autorización por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de marketing e investigación, ciertos usos y divulgaciones de notas de psicoterapeutas y la venta de información médica protegida que resulte en una remuneración para el Departamento de Salud. Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que usted puede revocar por escrito.

## DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a que le aseguren que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted seleccione. Es posible que le pidan que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede proporcionar una dirección distinta a su residencia donde pueda recibir correspondencia y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida que se encuentra en poder del Departamento de Salud dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por parte del Departamento. Para obtener una copia de su información médica protegida, debe completar el formulario de Autorización para la divulgación de información confidencial del Departamento y enviar la solicitud al departamento de salud del condado o a la oficina de Servicios médicos para niños. Si hay demoras en obtener su información, se le informará el motivo de la demora y la fecha prevista en la que recibirá su información.

La inspección de su información será supervisada en un momento y lugar determinados. Se le podrá negar el acceso según lo especifique la ley.

Si decide recibir una copia de su información médica protegida, tiene derecho a recibirla en la forma o formato que solicite. Si el Departamento no puede proporcionarla en esa forma o formato, le entregará la información en una copia impresa legible o en otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

El Departamento no puede darle acceso a las notas de psicoterapia ni a cierta información que se esté utilizando en un procedimiento legal. Los registros se conservan durante períodos de tiempo específicos de acuerdo con la ley. Si su solicitud cubre información que excede el período durante el cual el Departamento está obligado a conservar el registro, es posible que la información ya no esté disponible.

Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de la salud autorizado que no haya participado en la decisión de negar el acceso. Este profesional de la salud autorizado será designado por el departamento.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. Su solicitud de corrección de su información médica protegida debe ser por escrito y debe incluir un motivo que respalde la corrección solicitada. El Departamento de Salud puede rechazar su solicitud, total o parcialmente, si encuentra que la información médica protegida:

- No fue creado por el departamento.
- No es información de salud protegida.
- Por ley no está disponible para su inspección.
- Es preciso y completo.

Si se acepta su corrección, el departamento realizará la corrección y se la informará a usted y a otras personas que necesiten saber sobre la corrección. Si se rechaza su solicitud, puede enviar una carta detallando el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. El departamento puede responder a su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe a continuación en la sección titulada Quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud haya hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que se le hicieron a usted.
- Divulgaciones a personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones realizadas para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para la salud pública.
- Divulgaciones a profesionales de la salud con fines regulatorios.
- Divulgaciones para denunciar abusos a niños, adultos o discapacitados.
- Divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.

Este resumen incluye divulgaciones realizadas para:

- Fines de la investigación, distintos a los que usted autorizó por escrito.
- Respuestas a órdenes judiciales, citaciones o garantías.

Puede solicitar un resumen correspondiente a un período no mayor a 6 años a partir de la fecha de su solicitud. Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en forma electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa si lo solicita. El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarlo para recordarle sus citas de atención médica.

## **PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD**

El acceso a la información sobre su historial médico y su atención médica es fundamental para garantizar que reciba una atención de alta calidad y para brindarle a su proveedor de atención médica un panorama más completo de su salud general. Esto puede ayudar a su proveedor a tomar mejores decisiones sobre su atención. La información DH8006-SSG-02-2022 también puede evitar que se le repitan las pruebas, lo que le ahorrará tiempo, dinero y preocupaciones. Los avances recientes en tecnología ahora respaldan el intercambio electrónico seguro de información clínica importante de un proveedor de atención médica a otro a través de redes de intercambio de información médica (HIE). El Departamento de Salud y sus Departamentos de Salud del Condado participan en una red HIE y participan en varias redes HIE con proveedores de atención médica externos confiables que tienen sistemas de registros médicos electrónicos. HIE permite que sus proveedores de atención médica compartan su información médica de manera electrónica de manera rápida y segura entre una red de proveedores de atención médica, incluidos médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Su información médica se transmite de manera segura y solo los proveedores de atención médica autorizados con una razón válida pueden acceder a su información. Al compartir información electrónicamente a través de un sistema seguro, se reduce el riesgo de que sus registros en papel o enviados por fax se utilicen incorrectamente o se extravíen.

La participación en HIE es completamente tu elección.

**Opción 1. SÍ a la participación en HIE.** Si acepta que su información médica se comparta a través de HIE y tiene un formulario de inicio de servicios y consentimiento para el tratamiento vigente en su expediente, no necesita hacer nada. Al firmar el formulario, nos ha otorgado permiso para compartir su información médica con HIE.

**Opción 2. NO a HIE.** Puede optar por no compartir su información electrónicamente a través de la red HIE ("opt out") en cualquier momento, completando el formulario "Health Information Exchange Opt-Out" disponible en el Departamento de Salud del Condado. Si decide optar por no participar en HIE, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información médica a través de HIE. Debe comprender que si opta por no participar, los proveedores de atención médica que lo tratan aún tienen permitido comunicarse con nosotros para solicitar que compartamos su información médica con ellos según lo establecido en este Aviso. Optar por no participar no impide que se comparta información entre los miembros de su equipo de atención. Tenga en cuenta que su opción de no participar no afecta la información médica que se divulga a través de HIE antes del momento en que optó por no participar.

**Opción 3:** Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Puede dar su consentimiento hoy para que compartamos su información a través de HIE y cambiar de opinión más tarde siguiendo las instrucciones del formulario de cancelación descritas en la Opción 2.

Alternativamente, puede optar por no participar en HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el Formulario de restablecimiento de participación en HIE del DOH.

## **APLICACIÓN MÓVIL SINCRONIZACIÓN DE HISTORIAL CLÍNICO PERSONAL (PHR) CON DATOS DEL USUARIO**

Como parte de los servicios que brinda el Departamento de Salud, puede descargar la aplicación móvil complementaria PHR para acceder a sus registros médicos personales. Esta aplicación es la versión móvil del portal Florida Health Connect.

El propósito de la aplicación móvil PHR es brindarle acceso a sus datos de salud desde su dispositivo móvil, desde cualquier lugar y en cualquier momento. Podrá sincronizar su cuenta de Florida Health Connect a través de la aplicación móvil con sus datos de salud personales capturados en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para brindarle una vista de 360 grados de su historial de salud y estado de salud actual. Para brindarle una vista completa de sus datos y estado de salud, se le brindará la opción de sincronizar su aplicación móvil Florida Health Connect con la aplicación Google Fit o Apple Health instalada en su dispositivo móvil.

Sus datos de Google Fit o Apple Health no se revelarán a terceros sin su permiso expreso por escrito.

## **FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD**

El Departamento de Salud está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad le informa cómo se puede utilizar su información médica protegida y cómo el departamento mantiene su información privada y confidencial. Este aviso explica las obligaciones y prácticas legales relacionadas con su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de notificarle en caso de una violación de su información médica protegida no segura.

Como parte de las obligaciones legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de su aviso. El cambio, si se realiza, será efectivo para toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos nuevos o revisados sobre las prácticas de privacidad se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud. También hay disponibles documentos adicionales que explican con más detalle sus derechos a inspeccionar, copiar y modificar su información médica protegida.

## **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y salud, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o sin cargo 877-696-6775.

La queja debe presentarse por escrito, describir los actos u omisiones que usted considera violan sus derechos de privacidad y presentarse dentro de los 180 días a partir de cuando usted supo o debió haber sabido que se produjo el acto u omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

## **PARA MÁS INFORMACIÓN**

Las solicitudes de información adicional sobre los asuntos cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador del centro del Departamento de Salud donde recibió el aviso, o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

## **FECHA DE ENTRADA EN VIGOR**

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 21 de febrero de 2022 y permanecerá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

## **REFERENCIAS**

"Estándares para la privacidad de la información de salud que permite la identificación individual; regla final". 45 CFR Partes 160 a 164. Registro Federal 65, n.º 250 (28 de diciembre de 2000). "Estándares para la privacidad de la información de salud que permite la identificación individual; regla final". 45 CFR Partes 160 a 164. Registro Federal, Volumen 67 (14 de agosto de 2002). HHS, Modificaciones a las reglas de privacidad, seguridad, cumplimiento y notificación de infracciones de la HIPAA conforme a la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica y la Ley de Información Genética y No Discriminación; Otras modificaciones a las reglas de la HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero de 2013).

**ESTA ES TU COPIA PARA QUE LA CONSERVES**