

## DENVER HEALTH

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

DENVER SCHOOL-BASED HEALTH CENTER SERVICES (DSBHC)

Doy mi consentimiento par que \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)      Nombre del niño      Segundo nombre      Apellido      Fecha de nacimiento del niño

reciba los servicios médicos necesarios y/o recomendables prestados por el personal de DSBHC. Recibí el folleto de SBHC que explica los servicios de DSBHC y entiendo que es posible que se presten los siguientes servicios:

Exámenes físicos y vacunas • Exámenes de laboratorio de rutina • Atención médica para enfermedades y lesiones agudas • Medicamentos con receta • Atención de trastornos físicos comunes de los adolescentes (peso, acné, problemas menstruales) • Atención médica para algunas afecciones crónicas como el asma y las convulsiones • Pruebas de embarazo • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual • Planificación familiar, administración de métodos anticonceptivos y asesoramiento sobre abstinencia • Servicios prenatales/postparto • Prevención y educación sobre el alcohol y las drogas • Servicios de salud mental incluyendo terapia individual, familiar y grupal • Atención médica de seguimiento necesaria • Servicios dentales, incluyendo exámenes dentales, limpiezas de rutina, selladores y radiografías dentales.

**Divulgación de información:** La información contenida en los registros médicos de mi hijo es información médica confidencial y no será divulgada a ninguna persona o agencia no autorizada sin el consentimiento escrito del padre/madre o tutor del niño. Entiendo que DSBHC puede divulgar la información médica para lo relativo al tratamiento, la atención médica y el pago, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Denver Health and Hospital Authority (DHHA) y con otros fines permitidos por la ley. De acuerdo con lo dispuesto por las leyes de Colorado, mi hijo puede solicitar que se mantenga la "confidencialidad" de algunas consultas e información médica. Esto quiere decir que para que yo o un tercero tenga acceso a los registros médicos de mi hijo relacionados con dicha información, mi hijo debe dar su permiso de divulgación por escrito. Doy mi permiso para que el personal de DSBHC revise y/o copie los registros escolares de mi hijo, incluyendo los registros de vacunación y asistencia, así como otros registros que puedan ser de utilidad para que el personal pueda ayudar a mi hijo.

**Costos de DSBHC, facturación, autorización y consentimiento:** En nombre de mi hijo y en mi nombre, por este medio cedo a DHHA todos los beneficios que mi hijo o yo podamos tener derecho a recibir por servicios prestados por DSBHC, de un pagador de beneficios, incluyendo a cualquier persona, entidad, compañía de seguros, plan de beneficios médicos o programa de atención médica del gobierno. Autorizo a DHHA a presentar reclamos y a cobrar pagos al pagador de beneficios y, por este medio, solicito al pagador de beneficios que haga los pagos directamente y solo a la orden de DHHA. Mi hijo y yo aceptamos colaborar con DHHA para presentar y cobrar reclamos ante el pagador de beneficios de toda forma razonable que se nos solicite. Autorizamos a DHHA y a sus proveedores de atención médica a divulgar al pagador de beneficios la información de los registros médicos y de facturación de mi hijo necesaria para obtener pagos. Entiendo que una vez que de divulgue dicha información, DHHA no podrá controlar su confidencialidad.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F # de Identificación (ID) de DPS/Almuerzo: \_\_\_\_\_

Escuela del niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio del niño: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Raza/grupo étnico del niño (opcional - por favor marque con un círculo uno o más): Hispano o latino Indígena americano o indígena de Alaska

Asiático Negro o afroamericano Indígena de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco Otro: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número del seguro social del niño: \_\_\_\_\_ País de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otra persona de contacto para emergencias: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico/clínica del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de registro médico (MRN): \_\_\_\_\_

### Información del seguro médico:

Mi niño tiene cobertura médica (incluyendo Medicaid o CHP+)  Sí  No

Medicaid:  Sí  No Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ CHP+:  Sí  No Número: \_\_\_\_\_ DFAP:  Sí  No CICP:  Sí  No

Seguro privado:  Aetna  Anthem  BCBS  CIGNA  DHMP  Great West  Kaiser  PacifiCare  Tri Care

United Health Care  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (padre, madre, otro): \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_

Póliza de seguro # / Afiliado #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Este consentimiento es valido durante un periodo de 18 meses a partir de la fecha en que yo lo firme o hasta que yo lo revoque por escrito. Es mi responsabilidad informar a DSBHC sobre los cambios en la custodia del niño o la cobertura del seguro médico.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**DENVER HEALTH  
CENTRO DE SALUD ESCOLAR DE DENVER  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
PARA VACUNACIÓN**

Name, MR#, Pat#, DOB

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido      Primer nombre      Segundo nombre      MM      DD      AA

Escuela del niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño la varicela?  Sí  No Si la tuvo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MM      DD      AA

¿Ha tenido el niño alguna vez una reacción grave a una vacuna?  Sí  No

Si la tuvo, ¿cuál fue la reacción y a qué vacuna? \_\_\_\_\_

- Por favor lea las declaraciones de información sobre vacunas que se adjuntan.
- Por favor indique si desea que el niño reciba todas las vacunas recomendadas firmando al final de esta página.
- Por favor incluya una copia del registro de vacunas del niño si lo tiene. El registro de vacunas será revisado para determinar las necesidades de vacunación del niño.
- Este consentimiento es válido por un periodo de 18 meses a partir de la fecha de firma.

Si usted **NO** desea que el niño reciba una vacuna en particular, escriba "NO" junto al nombre de la vacuna:

**Obligatorias para la escuela**

- \_\_\_\_\_ Polio
- \_\_\_\_\_ Tétanos difteria, tos ferina acelular (Tdap)
- \_\_\_\_\_ Varicela (2 dosis)
- \_\_\_\_\_ Sarampión, paperas, rebeola (MMR) (2 dosis)
- \_\_\_\_\_ Hepatitis B (3 dosis)

**Recomendadas para todos los niños**

- \_\_\_\_\_ Vacuna meningocócica conjugada (MCV4)
- \_\_\_\_\_ Hepatitis A (2 dosis)
- \_\_\_\_\_ Gripe
- \_\_\_\_\_ Virus del Papiloma Humano (HPV) (3 dosis)



Doy mi permiso para que el niño reciba todas las vacunas obligatorias o recomendadas en la escuela, excepto las que dicen "no" en la lista anterior. Leí o se me explicó la información contenida en la Declaración de Información de Vacunas sobre las enfermedades y las vacunas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y solicito que se le administren las vacunas al estudiante nombrado anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto asimismo que se comparta esta información con el médico de cabecera del niño. También acepto que el registro de vacunación del niño se guarde en el registro médico de la escuela del niño, en el sistema de Vacunación de Denver Health (Vax Trax) y en el Sistema de Información de Vacunación de Colorado (CIIS).

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre o tutor      Relación con el niño      Fecha (mm/dd/aa)**

**DENVER HEALTH MEDICAL CENTER**  
**CUESTIONARIO PARA PADRES/TUTORES**  
**ANTECEDENTES FAMILIARES DEL NIÑO/ADOLESCENTE**

**Historia clínica del niño / adolescente**

1. ¿Toma **medicamentos** el niño?  No  Sí En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_
  
2. ¿Ha tenido el niño problemas **médicos serios** o **problemas de salud mental**?  No  Sí  
 En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_
  
3. ¿Ha sido el niño **hospitalizado durante la noche** o ha tenido alguna **cirugía** o alguna **lesión grave**?  No  Sí  
 En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_
  
4. ¿Tiene **ahora** o ha tenido **antes** el niño alguno de los siguientes problemas?
 

<input type="checkbox"/> Alergias a alimentos, medicamentos o cualquier otra cosa... En caso afirmativo, ¿a qué? _____	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Problemas de nacimiento	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre / derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental / depresión
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Retrasos de desarrollo / aprendizaje	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol	<input type="checkbox"/> Tuberculosis / TB / Prueba positiva de TB
	<input type="checkbox"/> Otros _____

**Historia de la familia**

¿Alguien en su familia (padres, hermanos, abuelos, tíos) tiene **ahora** o ha tenido **antes** alguno de los siguientes

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma .....                                      | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre / derrame cerebral .....     | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer .....                                    | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes .....                                  | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol .....                 | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón .....                    | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta .....                     | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto .....                           | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental / depresión .....             | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes.....              | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis / TB / Prueba positiva de TB ..... | En caso afirmativo, ¿quién? _____ |



\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha (mm/dd/aa)

\_\_\_\_\_  
 Firma/título del empleado    Fecha (mm/dd/aa)    Hora (00:00)    (# de pager y de proveedor)



DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY
AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

Name, MR#, Pat#, DOB

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA EL DOCUMENTO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta en relación con este Aviso, por favor comuníquese con un Representante de Pacientes llamando al 303.602.2915 o con el Funcionario de Privacidad llamando al 303.436.8886; por fax al 303.602.7024; o por correo a 777 Bannock Street, MC 7776, Denver, CO 80204. Para obtener más información sobre Denver Health, vaya a www.DenverHealth.org.

La información médica sobre usted y su salud es privada. Tratamos de proteger sus archivos médicos cuando usted está en el hospital y cuando está siendo atendido en las clínicas. Utilizaremos sus archivos médicos para brindarle atención médica, para cobrar por dicha atención, para administrar el hospital y para cumplir con las leyes. Este Aviso se aplica a todos los sitios de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, clínicas comunitarias y servicios de emergencia de Denver Health and Hospital Authority (Denver Health), excepto en algunas partes del Centro de Control de Venenos y Drogas de Rocky Mountain (Rocky Mountain Poison and Drug Center) y Salud Pública de Denver (Denver Public Health), que no están obligadas a cumplir con las disposiciones de este Aviso.

Este Aviso le informa a usted sobre las maneras en que Denver Health puede utilizar o dar a conocer la información de sus archivos médicos privados. También explica sus derechos y nuestras responsabilidades.

Quién cumplirá las condiciones de este Aviso

- Cualquier proveedor de atención médica que le trate a usted en cualquiera de nuestros centros
Todos los empleados, voluntarios y el personal del hospital y las clínicas
Los estudiantes de medicina que participan en los programas de capacitación
Cualquier agente externo que trabaje para nosotros que necesite utilizar sus archivos para desempeñar su trabajo

Declaración de recibo

Entiendo que, de acuerdo con lo permitido y exigido por la ley, el personal de Denver Health utilizará y revelará información de mis archivos médicos sin mi consentimiento o autorización, para:

- Tratamiento: Los proveedores de atención médica utilizarán mi historial médico e información sobre los síntomas, exámenes, resultados de las pruebas, diagnóstico, tratamiento y plan de cuidado para atenderme.
Pago: Denver Health utilizará mis archivos médicos para cobrarme a mí, a mi seguro o a otro programa de asistencia por mis servicios médicos si esto aplica a la clínica donde estoy recibiendo atención médica.
Administración de Servicios Médicos: Denver Health utilizará mis archivos médicos para asuntos administrativos del hospital y de las clínicas y para asegurarse de que los pacientes reciban una atención médica de calidad.

De lo contrario, Denver Health observará las restricciones de este Aviso de Normas de Privacidad.

Declaro que he recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad de Denver Health.

Patient/Legal Representative

Date

Legal Representative's Relationship

Witness

Date

## SUS DERECHOS

**Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica.** En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a usted.

### **Para obtener una copia electrónica o en papel de sus archivos médicos.**

Usted tiene derecho a leer u obtener una copia electrónica o en papel de su archivo médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Si desea leer u obtener una copia de sus archivos médicos, por favor hable con el personal del centro donde recibe su atención médica o con el Departamento de Archivos Médicos llamando al 303.602.8001. Es posible que se le pida llenar un formulario. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, en general dentro de los 30 días de su solicitud. Tal vez le cobremos un precio razonable para cubrir los costos.

En determinados casos, podemos negar su solicitud para leer u obtener una copia de sus archivos. Le diremos la razón por la cual su solicitud fue negada. Si su solicitud es negada, usted puede pedir que se revise la negación. Un proveedor de atención médica escogido por Denver Health revisará su solicitud. Esta persona no le habrá prestado atención médica ni habrá participado en la primera revisión de su solicitud. Aceptaremos lo que esa persona decida.

### **Para pedirnos que corriamos sus archivos.**

Usted puede pedirnos que corriamos sus archivos si considera que éstos no están correctos o completos.

Si desea solicitar una corrección, consulte a su médico, al personal del centro donde recibe su atención médica o al Departamento de Archivos Médicos llamando al 303.602.8001. Es posible que se le pida que llene un formulario y que indique la razón de su solicitud. Podemos negar su solicitud, pero le explicaremos por escrito la razón de la negación en un plazo de 60 días.

### **Para solicitar comunicaciones confidenciales.**

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para recordarle una cita, informarle los resultados de sus exámenes, darle información sobre servicios que puedan ser de ayuda o de interés para usted, o por otras razones relacionadas con su salud. Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le mandemos el correo a una dirección diferente. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Para pedir confidencialidad para un asunto específico, hable con su médico o el personal del centro donde recibe su atención médica. No le pediremos el motivo de su solicitud. Debe decirnos cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

### **Para pedir restricciones sobre cómo utilizamos o revelamos su información.**

Usted puede pedirnos que no utilicemos o revelemos cierta información para su tratamiento, pagos o asuntos administrativos del hospital. No estamos obligados a cumplir con su solicitud y podemos negarla si esto afectaría su atención médica.

Si usted paga la totalidad de un servicio u otra atención médica directamente, puede pedirnos que no revelemos esa información para fines del pago o para asuntos administrativos con su seguro médico. Aceptaremos su solicitud a menos que la ley nos obligue a revelar esa información.

Para solicitar que restrinjamos la utilización o revelación de su información médica, hable con su médico o con el personal del centro donde recibe su atención médica, o comuníquese con el Departamento de Archivos Médicos llamando al 303.602.8001 o con el Funcionario de Privacidad llamando al 303.436.8886. Es posible que se le pida llenar un formulario.

### **Para solicitar una lista de las personas a quienes hemos revelado su información médica.**

Usted puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos revelado su información médica durante los seis años anteriores a su solicitud, a quién la revelamos y por qué. Incluiremos todas las revelaciones excepto las del tratamiento, pagos o asuntos administrativos y algunas otras revelaciones (por ejemplo, alguna revelación que usted nos haya pedido).

Si desea solicitar esta lista, llame al Departamento de Archivos Médicos al 303.602.8001. Se le pedirá que llene un formulario. Puede conseguir una lista gratis por año, pero le cobraremos un precio razonable para cubrir los gastos si usted pide otra lista dentro de un período de 12 meses.

### **Para recibir una copia de este Aviso.**

Usted puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso en caso de que ya tenga una copia. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente y además, este Aviso está siempre disponible en nuestro sitio web, en [www.denverhealth.org](http://www.denverhealth.org).

### **Para elegir a una persona para que actúe en su nombre.**

Si usted le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga la autoridad y pueda actuar por usted antes de realizar ninguna acción.

### **Para presentar una queja si considera que se han violado sus derechos.**

Usted puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Todas las quejas se deben presentar por escrito. Se deben enviar por correo a: Funcionario de Privacidad, 777 Bannock Street, MC 7776, Denver, CO 80204. Por fax al: 303-602-7024. También puede presentar una queja en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja y su atención médica no se verá afectada.

## **SUS OPCIONES**

**Con respecto a determinada información médica, usted puede decirnos sus opciones sobre qué podemos revelar.** Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo debemos revelar su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos que:

- Revelemos información a su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención médica
- Revelemos información a una agencia de ayuda en casos de desastre, como la Cruz Roja, para que se pueda llamar o a informar a su familia sobre su estado de salud.
- Incluyamos su información en un directorio del hospital para que su familia y amigos que pregunten por usted puedan llamarle o visitarle, y para que pueda recibir correo y flores. Si no tiene ninguna objeción, incluiremos en la lista su nombre, ubicación y estado de salud general. Además, si lo desea, puede decirnos su religión, y se dará su nombre a los miembros eclesiásticos que pidan visitar a los pacientes de su misma religión.

Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos decidir revelar su información si creemos que es lo que más le conviene. También podemos facilitar información sobre usted si es necesario hacerlo para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos *nunca* revelaremos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines comerciales
- La venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia
- La mayor parte de la información sobre el tratamiento para el abuso de drogas y alcohol de los programas de tratamiento para el abuso de sustancias de Denver Health con asistencia federal.

### **Recaudación de fondos.**

Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para Denver Health. Es posible que revelemos esta información a nuestra afiliada, Denver Health Foundation, para que haga este trabajo por nosotros. Si no desea recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos (para que no le enviemos correspondencia), o desea volver a recibirlas, llame a la Fundación al 303-602-2970, o escriba un mensaje de correo electrónico a: [dhfoundation@dhha.org](mailto:dhfoundation@dhha.org).

**Organización Regional de Información de Salud de Colorado (Colorado Regional Health Information Organization, CORHIO).** CORHIO es una organización de hospitales y médicos cuya misión es mejorar la atención médica permitiendo a los hospitales y médicos participantes intercambiar información médica entre sí de forma electrónica. Esto permite a todos los profesionales de atención médica que le atienden en diferentes organizaciones ver su información médica para tomar mejores decisiones sobre su atención médica. Si usted no desea que Denver Health revele su información con otros hospitales y médicos participantes a través de CORHIO, usted puede solicitar que no se revele su información escribiendo a Denver Health CORHIO Point of Contact, 301 W 6th Avenue, MC 0296, Denver, CO 80204.

## **CÓMO UTILIZAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Normalmente utilizamos o revelamos su información médica de las siguientes maneras:

### **Para ayudar a administrar la atención médica que usted recibe.**

Podemos utilizar su información médica y revelarla a los profesionales que le tratan a usted.

*Ejemplo: Un médico que lo está tratando a usted de una lesión le pide información a otro médico sobre su estado general de salud.*

### **Cobro de sus servicios médicos.**

We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

*Ejemplo: Le damos información sobre usted a su seguro médico para que pague los servicios que usted recibió.*

### **Asuntos administrativos.**

Utilizaremos o revelaremos información de sus archivos médicos para nuestra administración interna, para mejorar la atención médica que le brindamos y comunicarnos con usted si es necesario.

*Ejemplo: Utilizamos su información médica para administrar su tratamiento y los servicios que le brindamos y para desarrollar mejores servicios para usted.*

### **¿De qué otras maneras podemos utilizar o revelar su información médica?**

Se nos permite o exige revelar su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyen al bienestar público, como para salud pública e investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder revelar su información con estos fines. Para obtener más información vaya a: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Por razones de salud pública y asuntos de seguridad.**

Podemos revelar su información médica cuando sea necesario para las siguientes situaciones:

- Para prevenir enfermedades
- Para reportar nacimientos y defunciones
- Para ayudar a retirar productos del mercado
- Para reportar reacciones adversas a medicamentos
- Para reportar sospechas de que alguien ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o víctima de un delito
- Para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona
- Para reportar delitos cometidos en el hospital o las clínicas

### **Para llevar a cabo investigaciones.**

Podemos utilizar o revelar su información para investigaciones médicas.

### **Para cumplir con las exigencias de la ley.**

Revelaremos su información cuando las leyes estatales o federales así lo exijan, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea ver si estamos cumpliendo con las leyes federales sobre privacidad.

### **Para responder solicitudes sobre donación de órganos y tejidos**

Podemos revelar su información a organizaciones que buscan órganos, como por ejemplo Donor Alliance.

### **Para colaborar con un funcionario encargado de investigar las causas de muerte o con una funeraria.**

En el caso de pacientes que han fallecido, podemos revelar información médica al médico forense o al director de una funeraria.

### **Para abordar la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.**

Podemos utilizar o revelar su información médica:

- Para reclamos de compensación laboral
- A su empleador:
  - por lesión o enfermedad relacionada con el trabajo;
  - para una revisión médica relacionada con el lugar de trabajo; o
  - si su empleador necesita sus archivos médicos para cumplir con la ley.
- En cumplimiento de la ley o a la policía
- A una cárcel, prisión o a la policía si usted está detenido o es un recluso para que usted pueda recibir atención médica y para proteger tanto su salud y seguridad como la del resto de los reclusos y del personal.
- A las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como fines militares, seguridad nacional o servicios de protección del presidente

### **Para responder a demandas legales y juicios.**

Podemos revelar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa o una orden de comparecencia.

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber puesto en riesgo la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y normas de privacidad que se especifican en este Aviso de Privacidad y brindarle una copia del mismo.
- Solamente utilizaremos o revelaremos su información en los casos que se describen en este Aviso, excepto si usted nos da su permiso por escrito. Si usted nos da este permiso, puede cambiar de idea en cualquier momento. Debe comunicarnos por escrito si cambia de idea. Atenderemos su solicitud lo más rápido posible, pero es posible que ya hayamos utilizado o dado a conocer sus archivos médicos si teníamos su autorización previa.

Para obtener más información vaya a:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Modificaciones de las condiciones de este Aviso.**

Podemos cambiar las condiciones de este Aviso de Privacidad y dichas modificaciones serán aplicables a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso de Privacidad estará disponible mediante solicitud en todos nuestros sitios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y se publicará en nuestro sitio web.