



**HEALTH 2019-2020 CENTRO DE SALUD ESCOLAR DE BRH: FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Jackson Co)		ESCUELA A LA CUAL ASISTIRÁ:	
Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Grado Escolar/ Maestra			
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático	Idioma Principal si no es Inglés	
¿El estudiante tiene médico de cabecera u otro proveedor médico regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del proveedor médico o clínica:		¿El estudiante tiene dentista o asiste a un consultorio dental regularmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del Dentista o Consultorio Dental:	

**INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL AUTORIZADO POR LAS CORTES**

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco al estudiante	¿El estudiante vive con usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección física		Ciudad, Estado, Código Postal	
Número telefónico durante el día	Número telefónico del trabajo y la extensión.	Otro número de teléfono (celular)	Correo Electrónico
Contacto en caso de emergencia/Parentesco al estudiante		Números de teléfono	Otro número de teléfono (celular)

**HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE | REQUERIDO**

Alergias a medicamentos:	Reacción:		
Alguna otra alergia:	Reacción:		
Medicamentos tomados diarios	Razón por la cual los toma	¿Por cuánto tiempo ha tomado estos medicamentos?	Farmacia Preferida:

**Condiciones Médicas Crónicas: (Marque todas las que le apliquen)**

Diabetes  Trastorno de Déficit de Atención (ADD/ADHD)  Asma  Anemia Depranocítica  Enfermedad de los Riñones  
 Depresión  Problemas del Corazón  Anemia  Epilepsia  Alguna Otra Condición Médica:  
 Autismo/Trastorno del espectro autista  Retraso en el desarrollo

¿Su hijo(a) ha tenido la varicela?  No  Si ¿Cuándo? / /

¿Ha habido algún cambio en la salud de su hijo(a) durante este último año?  No  Si **Explique.**

¿Ha tenido su hijo(a) un examen físico completo recientemente?  No  Si ¿Cuándo? / /

**Si no, ¿Desea que su hijo reciba un examen físico completo en nuestro centro de salud escolar?**  Si  No **En caso que si, por favor firme la declaración debajo:**  
 Doy permiso para que me hijo reciba un examen físico completo en el centro de salud escolar. - firma: \_\_\_\_\_

Quisiera estar presente para el examen de mi hijo.  Si  No Le contactaremos antes y después de la cita.

Durante este último año, ¿ha tenido que ir su hijo(a) a la sala de emergencias?  No  Si ¿Cuándo y por qué?

¿Alguna vez ha tenido que estar hospitalizado o ha tenido alguna cirugía/operación?  No  Si ¿Cuándo y por qué?

¿Cuándo fue el último examen dental de su hijo(a)? / / ¿Tiene alguna preocupación dental?  No  Si **Explique:**

¿Alguna vez se ha lastimado su hijo(a) seriamente debido a algún deporte?  No  Si **Anote la edad y describa la lesión:**

Si su niño recibe un Físico para Deportes en el Centro de Salud Escolar, da usted consentimiento para darle una copia del físico a la escuela para poder participar en algún deporte?  Si  No

¿Hay alguna otra cosa que usted piensa que el centro de salud escolar necesite saber acerca de su hijo?

**INFORMACIÓN DEL HOGAR**

Favor de anotar las personas que viven en su hogar y sus edades: **Por ejemplo, Padre (40), Madrastra (40), Hermanas (6y8), Tío (50), etc.**

¿Alguien en el hogar fuma?  Sí  No

**HISTORIAL MEDICO FAMILIAR**

¿Alguien en la familia inmediata del niño tiene algún problema médico? Miembro Familiar:	Edad	(Diabetes, alta presión arterial, asma, etc.) Problema Medico
---	------	--

**FAVOR DE DAR VUELTA - LA PARTE POSTRIOR DEBE SER COMPLETADA**

## AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Estimado Padre/Guardian,

Incluido en esta carta encontrara un **Aviso de Practicas de Privacidad** que detalla la forma que mantenemos confidencial el expediente médico de su hijo, y detalla los derechos al acceso que usted tiene a dicho expediente médico. Además, encontrara una lista de los Derechos y Responsabilidades del Estudiante y Padre. Se nos requiere por la ley federal que le proporcionemos esta información y le pedimos que **lea el Aviso de Practicas de Privacidad, y sus Derechos & Responsabilidades para usted y de su hijo. Una vez completado, firme la portada de la hoja, y devuélvanos la forma firmada para nuestro expediente.** Usted puede devolverlo con el formulario de inscripción del centro de salud de su hijo.

Por favor llame al (828) 692-4289 y hable con nuestro Oficial de Privacidad de BRH con cualquier pregunta. Gracias por su cooperación en nuestro esfuerzo por cumplir con la ley.

Gracias!

El Personal del Centro de Salud de la Escuela de BRH

### Información del Seguro Médico\*

Favor de mandar una copia de su tarjeta del seguro médico con este formulario o la tarjeta original (**le sacaremos una copia y se la devolveremos**)

¿Tiene el estudiante Medicaid o NC Health Choice? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Está Pendiente	¿Le gustaría recibir información acerca de Medicaid o NC Health Choice? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
# de ID de Medicaid o NC Health Choice:	¿Algún de sus otros hijos(as) tiene Medicaid/ NC Health Choice? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Tiene seguro médico el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gustaría información acerca de cómo conseguir seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

Seguro Privado	Nombre del que tiene la póliza	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Estudiante
----------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

Dirección de la compañía de seguro médico (para poder reclamar los pagos- está en la parte de atrás de la tarjeta)	# telefónico de la compañía de seguro
--	---------------------------------------

# de ID (Número de la póliza)	Número del Grupo	# de Seguro Social (para propósitos del seguro médico)
-------------------------------	------------------	--

Fecha en que la cobertura comenzó	¿Cuánto es su deducible o co-pago?
-----------------------------------	------------------------------------

Empleador/Patrón	Dirección del empleador/trabajo
------------------	---------------------------------

¿Está usted empleado en Agricultura?    No    Si

¿Qué tipo de posición tiene?    Granjero    Trabajador Emigrante (viaja para buscar trabajo)    Trabajador agrícola de todo el año  
 Trabajador agrícola de Temporada (vive aquí pero trabaja en agricultura durante las temporadas de cosecha)

¿Dónde nació el estudiante?   Ciudad: \_\_\_\_\_   Estado: \_\_\_\_\_   País: \_\_\_\_\_

**Aplicación para el plan de descuentos de BRH**    Si- deseo más información acerca del programa de descuento de BRH  
 Si en cualquier momento durante el año escolar su hijo no tiene seguro médico o no ha cumplido con su deducible, queremos ayudarle a averiguar si califica para nuestro programa de servicios con descuentos el cual usa requisitos similares al plan federal de comida escolar gratis o a precios reducidos. Si usted desea aplicar por este programa, necesitaremos información adicional para determinar su elegibilidad. La elegibilidad durara por un año completo.

1. Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba cualquiera de los servicios disponibles en el Centro de Salud Escolar de BRH. Los Centros de Salud Escolares proveen servicios médicos & dentales a los estudiantes registrados que han llenado la registración, incluyendo el consentimiento por escrito y la firma del padre o tutor legal. El personal de los Centros de Salud Escolares de BRH le informará a los padres de niños menores de cualquier hallazgo significante y recomendaciones de tratamiento de condiciones con excepción de esas exentas por la ley estatal.
2. Yo autorizo el rdivulgación de cualquier información médica pertinente a la salud general y cuidado de mi hijo(a) médico de cabecera y a la enfermera de salud escolar del Servicio de Apoyo a Estudiantes de JCPS mientras estén en la escuela. Autorizo la divulgación de cualquier información de parte del médico de cabecera de mi niño y deservicio de Apoyo a Estudiantes de JCPS al Centro de Salud Escolar de BRH para la coordinación de cuidado.
3. Yo autorizo el revelar cualquier información médica, incluyendo información de enfermedades contagiosas, cuando sea necesario procesar el reclamo de pagos de seguros médicos; por beneficios y servicios proveidos en los Centros de Salud Escolares de BRH
4. Yo autorizo pagos y reembolsos de parte de mi seguro médico por los servicios brindados en los Centros de Salud Escolares de BRH por medio de Blue Ridge Health. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos y cualquier co-pago o cantidad del deducible que no sea cubierto por mi seguro médico. Yo entiendo que soy responsable de entender mi plan de seguro médico y si servicios están cubiertos o si requieren autorización previa. Si algún servicio requiere autorización previa, yo entiendo que esto es mi responsabilidad.
5. Yo entiendo que Blue Ridge Health (BRH) opera los Centros de Salud Escolares y que necesitaré contactar a BRH para hacer arreglos de pago especiales si no puedo pagar la cuenta total.
6. Yo entiendo que los archivos médicos son estrictamente confidenciales, en conformidad con las leyes estatales y federales; y serán mantenidos en el edificio del Centro de Salud Escolar de BRH. Esta información no será compartida con maestros, directores u otros estudiantes.
7. Yo afirmo que toda la información proveida es completa y correcta.
8. Yo entiendo que al firmar este formulario, autorizo a que mi hijo(a) reciba todos los servicios disponibles del Centro de Salud Escolar. Yo entiendo que este consentimiento es voluntario y válido por el tiempo entero que mi hijo(a) esté inscrito en una escuela de Jackson County Public School (JCPS). Yo entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. Yo entiendo que es mi responsabilidad proveer información actualizada del seguro médico de mi hijo(a), incluyendo Medicaid y NC Health Choice.

Favor de firmar la siguiente declaración: **Yo certifico que la información provista está correcta y complete.**

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

**Servicios de salud no se le negarán a ningún estudiante debido a que su padre o tutor legal no pueda pagar**

**FAVOR DE DAR VUELTA - LA PARTE POSTRIOR DEBE SER COMPLETADA**



# SOLICITUD PARA OBTENER DESCUENTOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor marque cada declaración que le aplique a usted o a un miembro de su familia quien este en esta solicitud. Esta información no se usará para retener o negar servicios a usted o su familia.

**I. PLAN DE DESCUENTOS BASADO EN INGRESOS**

Siendo un centro de salud federalmente calificado, BRCHS ofrece un programa de descuentos que se basa en los ingresos familiares a quienes califiquen. **Usted podrá recibir la tarifa de descuento incluso si tiene seguro médico privado**, seguro del mercado o Medicare; si es que la tasa de descuento es menos de lo que le tocaría pagar de su propio bolsillo con su seguro médico. Si usted no es elegible para el programa de descuentos, o si opta por no aplicar, o si no nos proporciona la información de su hogar y de sus ingresos tendrá que pagar el costo total por la atención médica. (Vea la declaración de Reconocimiento al final de este documento si es que **NO** quiere aplicar por el programa de descuento.)

Me gustaría ver si califico para los servicios bajo el Programa de Descuentos. Si \_\_\_ No \_\_\_

**II. Verificación de Elegibilidad:**

**Información del hogar:** Favor de Incluirse a usted mismo, a su cónyuge/pareja y a todos los dependientes que viven en casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	¿Tipo de seguro de salud?	¿Agricultor en los últimos 2 años?	¿Veterano?
		Usted mismo			

**Ingresos Brutos:** Favor de anotar sus **ingresos brutos** (o sea, la cantidad de dinero que reciba antes de que le descuenten los impuestos.) Incluya los ingresos de todos los que viven en su hogar. Para comprobar sus ingresos, puede proveer sus impuestos más recientes, un talón de cheque, una verificación bancaria, una carta de su empleador declarando la cantidad de su salario, o una prueba de desempleo.

Tipo de ingresos (i.e. salarios, Seguro Social, manutención de niños, otros ingresos)	Nombre del miembro de la familia	Monto Bruto (antes de impuestos)	Frecuencia:(Semanalmente(x52), quincenalmente(x26), bimensualmente(x24), mensual (x12) etc.)
		\$	
		\$	
		\$	

Si no hay ingresos que reportar, o no tiene forma de documentar sus ingresos, usted debe completar la **Declaración de Certificación del Paciente** en la sección de abajo.

**Declaración de Certificación del Paciente**

Certifico que no tengo ninguna manera de documentar mis ingresos y que toda la información provista previamente es correcta. Comprendo que se puede usar esta información para determinar mi elegibilidad para recibir las tarifas del plan de descuentos de BRCHS. Comprendo que los oficiales de BRCHS pueden verificar la información en este formulario.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

[Vea al dorso]

**Reconocimiento si es que NO se va a aplicar por el Plan De Descuentos**

Se me ha dado la oportunidad de solicitar el plan de descuentos de BRCHS, y en este momento no quiero solicitar el plan de descuentos de BRCHS o se me ha informado que no califico para el plan de descuento basado en una escala móvil proporcional. Comprendo que si no tengo seguro médico en el momento que se me rindan servicios médicos seré responsable de cualquier y todo cobro después que mi proveedor haya puesto todos los cargos en mi cuenta. Yo también seré responsable de cualquier cobro de laboratorio y/o Rayos-X en la visita de hoy. No seré elegible para recibir algún descuento para los cargos de oficina o de laboratorio ni tampoco se me permitirá recibir un descuento retroactivo para estos cargos en el caso de que en el futuro decida aplicar por el descuento basado en la escala móvil.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Consentimiento para la Solicitud Para Obtener Descuentos**

Certifico que la información proporcionada es exacta y completa al mejor de mi conocimiento. En el caso de un cambio en el nivel de ingresos o la cobertura del seguro, yo le haré saber a BRCHS en mi próxima cita. Comprendo que seré responsable por la totalidad del costo o por parte de ella y que se me pedirá pagar **el mismo día de servicio**. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia para obtener los servicios con descuentos y doy mi consentimiento para que se comparta mi información con las compañías farmacéuticas para fines de auditoría, o en el caso de que se me inscriban en algún programa de asistencia para medicinas que venda en mayoría a los pacientes. Entiendo que BRCHS utiliza un sistema llamado Oasis Insight o un historial médico electrónico para ayudar a determinar la elegibilidad para el Plan de Descuentos u otros servicios, y doy mi consentimiento para guardar la información en esta forma en dichos sistemas.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**III. POSIBLES DESAFÍOS PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA** Esta lista se usa para identificar otras áreas en su vida con las cuales puede recibir ayuda de parte de los recursos en la comunidad. Nos ayudara a formar un plan de acción, lo que puede incluir el ser remitido a otros departamentos u organizaciones externas. Si desea más información o si tiene alguna pregunta de cualquier de los artículos abajo marque la casilla para que un Navegador de Pacientes le pueda ayudar.

**Seguro Médico / Acceso A Atención Médica**

- Necesito un seguro médico (Medicaid, Seguro Médico "Obamacare", Planificación Familiar, u otros programas.)
- Necesito matricularme en Medicare, o necesito asesoramiento sobre Medicare (SHIP por sus siglas en ingles).
- Necesito aplicar por el Plan de Beneficencia del hospital.
- Necesito ayuda para pagar por mis medicamentos (esto no incluye el uso de descuento de medicamentos ni el programa de asistencia para medicamentos)
- Necesito solicitar una exención de la multa por no tener cobertura médica.
- Mi Solicitud para Medicaid o Seguro Médico "Obamacare" fue negada.
- Necesito ayuda para llegar a otras citas importantes

**Vivienda**

- No tengo un lugar seguro para vivir (vivo en albergues, con amigos, en el carro/parque, Etc.)
- Me gustaría recibir ayuda para encontrar vivienda de bajo costo.
- Estoy en riesgo de perder mi hogar.
- Hay condiciones inseguras en mi casa como (moho, fugas de agua, o pintura descascarada etc.)

- Tengo dificultades para pagar las facturas de calefacción o de servicios públicos

**Comida**

- A veces o frecuentemente no tengo comida suficiente para mí o mi familia.
- Me gustaría llenar la solicitud para los cupones de alimento (SNAP por sus siglas en ingles).
- Me negaron una solicitud para cupones de alimento (SNAP).

**Transporte**

- Necesito ayuda para ir a las citas médicas.
- El sistema de autobús no pasa cerca de donde vivo o trabajo.

**Otro**

- Me gustaría inscribirme para votar en las elecciones.
- Necesito ayuda para hacer mi declaración de impuestos.
- Me negaron la solicitud de incapacidad.
- ¿Otros obstáculos o desafíos?

**Ninguno**

- No preciso de ayuda en este momento

Nombre del Personal de BRCHS \_\_\_\_\_ Escala (A-E): \_\_\_\_\_ Entró al EHR (iniciales) \_\_\_\_\_



**Estudiantes que son pacientes del Centro de Salud Escolar de BRH**

<b>Usted tiene el derecho a:</b>	<b>Usted tiene la responsabilidad de:</b>
Venir al Centro de Salud Escolar (SHC) para pedir una cita con la enfermera, el educador de salud o consejero.	Pedir permiso a su maestro para venir al Centro de Salud, y traer una nota o un pase de permiso para salir cuando vengas.
Pedir una cita sin tener que decirle la razón a nadie.	Pedir citas por una preocupación de salud, no para salirse de la clase.
Tener privacidad durante cualquier momento en el Centro de Salud, esto incluye tomando su altura y peso en privado, teniendo una cita con la enfermera o consejera sin interrupción, y que el personal del centro de salud respete su privacidad al no hablar sobre usted o su preocupación de salud sin su permiso.	Respetar la privacidad de otros al no preguntarnos que tienen otros estudiantes, y no molestar a los otros estudiantes preguntándoles que tienen.
Ser tratado con respeto y cortesía por nuestro personal.	Tratar nuestro personal con el mismo respeto y cortesía que usted quisiera para sí mismo.
Pedir que le atiendan antes de la próxima cita disponible si usted cree que su problema es lo suficientemente serio.	Ser honesto con su problema con la persona que le esté preguntando, y aceptar la decisión de la enfermera cuando él o ella decida cuándo será su próxima cita.
Para pedir otra cita si ha esperado demasiado tiempo para su cita programada y a causa de esto está faltando a una clase importante o el almuerzo.	Revisar el reloj e ir a su cita a tiempo.
Dar su opinión sobre cuán bien o mal el personal del Centro de Salud le ayudo con su problema.	Llenar el papel de sugerencias que están en el escritorio del centro de salud, o pedir hablar con un personal sobre su preocupación.
Repasar su historial médico ("expediente médico") con la enfermera. Sin embargo, no tiene el derecho de pedir copias de los documentos en su historial médico (solo pueden sus padres o tutores pueden pedir esto).	Avisarle al personal del centro de salud con anticipación si necesita copias de algún documento en su historial médica (por ejemplo el físico para un deporte), no el mismo día que lo necesite.
Informarle al personal del Centro de Salud información privada como inquietudes emocionales o preocupaciones, acerca de algo que le moleste como el probar drogas o alcohol, o preocupaciones de que este embarazada o de que tengas una enfermedad de transmisión sexual. Puede estar seguro que su información se mantendrá privado, incluso de su maestro y padres, a menos que nos des permiso a decirle a alguien más. Sin embargo, si le dice al personal del Centro de Salud que quieres causarte daño a ti mismo o a alguien más, o que alguien te ha abusado, la ley dice que necesitamos buscarte ayuda.	Ser honesto con lo que le dice al personal, y no inventar cosas ni exagerar la verdad. Contamos con su honestidad para hacer lo correcto para poder ayudarlo.



**Padres o Tutores legales de los pacientes del Centro de Salud Escolar de BRH**

<b>Sus Derechos:</b>	<b>Sus Responsabilidades:</b>
Autorizar que su hijo reciba los servicios médicos, educación de salud, salud mental, nutrición, y dentales del centro de salud escolar a través de su permiso firmado.	Leer y comprender los términos de uso de los servicios de SHC tal como son descritos en el formulario de registración y firmar el formulario que indica la comprensión de estos términos y da permiso a su hijo de recibir los servicios.
Reusar o rescindir permiso para que su hijo reciba servicios del centro de salud escolar.	Marcar el formulario de registración para indicar el RECHAZO del permiso de servicios, y firmarlo.
Reusarse a firmar el formulario para dar permiso a su hijo hasta que lo haya comprendido bien.	Contactar a nuestro personal para clarificar cualquier pregunta que tenga acerca de los términos de uso de nuestros servicios.
Ser tratado con cortesía, dignidad, y respeto en todas sus interacciones con el personal del centro de salud escolar.	Tratar al personal de SHC con la misma cortesía, dignidad y respeto otorgado a usted.
Referir a su hijo para obtener servicios a cualquier hora sin importar su habilidad para poder pagar por los servicios.	Proveer información correcta y actualizada de la cobertura del seguro médico de su hijo. Si no tiene seguro médico, proveer información correcta de sus ingresos para valerse de nuestra escala de descuentos.
Ser notificado de las visitas de su hijo al proveedor médico del centro de salud escolar, ya sea por teléfono para condiciones urgentes o poco comunes o por escrito enviado a casa con su hijo después de la visita.	Proveer números de teléfonos actualizados y correctos, incluyendo un número de emergencia en el formulario de registración de su hijo.
Obtener tratamiento rápido y seguro para su hijo	Proveer el historial de condiciones médicas de su hijo, medicamentos actuales, y alergias en el formulario de registración de su hijo. También actuar según las recomendaciones de tratamiento dadas por nuestro proveedor médico. Incluyendo el surtido de prescripciones y mantener las citas referidas, etc.
Reusar cualquier tratamiento médico recomendado para su hijo	Consultar con su proveedor médico de familia usual u otro médico, por la salud y seguridad de su hijo, si se lo pide nuestro proveedor de atención médica.
Tener confidencialidad del expediente médico incluyendo contacto familiar, médico, o información de ingresos familiares que nos proveyó en el formulario de permiso.	Respetar la confidencialidad de los demás absteniéndose discutir condiciones médicas de asuntos familiares de otros estudiantes.
Revisar el expediente médico de su hijo o pedir una copia del expediente. Sin embargo, cualquier material del expediente pertinente al embarazo, enfermedades transmitidas sexualmente, abuso de sustancias, o perturbación emocional (incluyendo los registros de consejería por salud mental) son considerados confidenciales por la ley del estado de Carolina del Norte.	Solicitar copias del expediente médico de su hijo(a) por escrito, con su firma, la firma de un testigo y la fecha. Le proveeremos una solicitud pre-impresa si gusta. Tiene que solicitar una copia del físico de deportes (deportivo?) de esta manera. No podemos otorgar ninguna copia del expediente médico a su hijo(a) sin su solicitud por escrito atestiguada y fechada.

Si usted desea una copia de su expediente médico, nosotros le proveeremos una copia sin costo. Cualquier otro pedido dentro de un periodo de 12 meses será con cargo para cubrir los gastos de las copias (ver las tarifas abajo). Nuestra tarifa para copias electrónicas de fichas médicas será limitada al costo directo del trabajo asociado a preparar su pedido.

**Pida la hoja que indica el costo de copiar los expedientes médicos y la cuenta por revelar.**

Nosotros podríamos proveerle con un resumen o explicación de la información. Contacte a nuestro Oficial de Privacidad para más información de estos servicios o los posibles cargos.

**El Derecho a una Corrección Del Expediente Médico**  
Usted tiene el derecho de haceremos modificar lo que sería corregir o suplementar la información médica suya que mantenemos en ciertos grupos de expedientes. Si usted cree que tenemos información que no está clara o incompleta, nosotros podemos corregir la información para indicar el problema y notificar a otros que se dan tener una copia de su información inadecuada o incompleta. Si usted desea que corrijamos información, usted tendrá que hacerlo por escrito y explicar porque usted desea que corrijamos la información. Usted puede escribirnos una carta pidiendo la corrección.

Nosotros podemos negarnos a su pedido bajo ciertas circunstancias. Si nosotros ignoramos su pedido, nosotros explicaremos nuestra decisión por escrito. Usted recibirá la oportunidad de enviarnos una declaración por escrito y explicar el porque desea corregir su información. Usted puede escribirnos una carta para pedir la corrección.

**Derecho a Remisión de Cuentas a Revelaciones que Hemos Hecho**  
Usted tiene el derecho de recibir una cuenta (lo cual significa una lista detallada) de las revelaciones que hemos hecho por los seis (6) años previos. Si desea recibir una cuenta, usted puede enviarnos una carta para pedir una cuenta o revelaciones.

Usted no incluirá algunas clases de revelaciones, incluyendo revelación de tratamientos, pagos u operaciones del centro de salud. Si nosotros mantenemos expediente médico en el sistema de Ficha Médica Electrónica (EHR), usted puede pedir que incluya revelación de tratamientos, pagos u operaciones del centro de salud. La cuenta tampoco incluirá revelaciones hechas antes del 14 de abril del 2003.

Usted pide una cuenta más de una vez dentro de doce (12) meses, podríamos cobrarle por el costo asociado de preparar la cuenta.

**Pida la hoja que indica el costo de copiar las fichas médicas y la cuenta por revelar**

**Derecho a Pedir Restricciones en Usos y Revelaciones**  
Usted tiene el derecho a pedir que se limite el uso y revelación de su información médica para tratamientos, pago, u operaciones del centro médico. Bajo ley federal, nosotros tenemos que estar de acuerdo con su pedido y honrar las restricciones de su pedido.

1. Excepto por lo requerido por la ley, la revelación es para un plan de salud y no es con el propósito de recibir pago de operaciones del centro de salud o servicio por el cual el cuidado médico pertenece solamente a un artículo de cuidado entero de contado.

2. La información médica pertenece solamente a un artículo de cuidado cuando estamos de acuerdo con su pedido, nosotros debemos seguir sus instrucciones (excepto si la información es necesaria para un tratamiento de emergencia). Usted puede cancelar las restricciones cuando quiera. Normalmente, nosotros podemos cancelar una restricción en cualquier momento, siempre y cuando se le notifique de la cancelación y continuemos cancelando la restricción a información adquirida antes de la cancelación.

Usted también tiene derecho de pedir restricción a revelar su información médica para tratamiento médico a un plan de salud (seguro médico) u otra entidad, cuando su información tiene que ver con el cuidado médico o servicio por el cual usted, otra persona pago por completo (excepto el plan de salud). Una vez que usted haya pedido la restricción, y su pago completo ha sido recibido, nosotros tenemos que honrar su petición.

**Derecho a Pedir Ser Contactado Por Método Distinto**  
Usted tiene el derecho de pedir ser contactado a una dirección diferente o un método diferente. Por ejemplo, usted puede preferir recibir toda información por correo o su trabajo en vez de su dirección de casa.

Nosotros estaremos de acuerdo con cualquier método distinto de contacto. Si usted desea pedir un método distinto de contacto, usted debe proveernos por escrito. Usted puede escribir una carta pidiendo el método de contacto.

**7. Derecho a Ser Notificado Si una Transgresión de Su Información de Salud Ocurre**

Usted tiene el derecho de ser notificado en el evento de una infracción de su información de salud haya sido revelada. Si una infracción de su información médica ocurre, y si esta información no está segura (sin código), nosotros le notificaremos lo más pronto con la siguiente información:

- Una breve descripción de lo que pasó
- Una descripción de la información médica pertinente
- Pasos recomendados que usted puede tomar para protegerse de daño
- Los pasos que nosotros estamos tomando por la transgresión, y
- Contactos y procedimientos que usted puede obtener para más información

**8. Derecho a No Participar en Recaudar Fondos**

Si es que estamos recaudando fondos y usamos redes de comunicación como el correo postal de los EE.UU. o correo electrónico, usted tiene el derecho a optar por no recibir ninguna comunicación de parte nuestra. Favor de contactar nuestro Oficial de Privacidad si es que usted opta no recibir comunicaciones para recaudar impuestos.

**USTED PUEDE PONER UNA QUEJA ACERCA DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si usted tiene una preocupación sobre el cuidado de pacientes o la seguridad puede hablar con un Oficial de Privacidad de BRCHS para poder responder su preocupación y documentarlo. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados o usted no está satisfecho con nuestra política o procedimientos, usted puede dar por escrito una queja con nosotros y con el gobierno federal.

Nosotros no tomaremos ninguna acción contra usted ni cambiaremos nuestro tratamiento con usted si pone una queja.

Para escribir una queja con nosotros, usted puede traer la queja directamente a nuestro Oficial de Privacidad, o puede enviar una carta por correo a la siguiente dirección:

Blue Ridge Community Health Services  
Attention: HIPAA Privacy Officer  
2579 Chimney Rock Road  
Hendersonville, NC 28792  
Teléfono: 828-692-4289

Para dar una queja a la Comisión de Monitoreo por favor utilice la siguiente forma de contacto:

Office of Quality Monitoring  
The Joint Commission  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60481  
Teléfono gratuito: 1-800-944-6610  
Email: [complaint@caibn.org](mailto:complaint@caibn.org)

Para escribirle una queja al Gobierno Federal, por favor utilice la siguiente forma de contacto:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Teléfono gratuito: 1-877-696-6775  
Sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>  
Email: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Comenzando: 15 de Julio, 2005  
Efectivo desde el 26 de Marzo del 2013**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR O REVELAR INFORMACIÓN MEDICINAL ACERCA DE USTED Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN**

**POR FAVOR SIRVASE DE LEER DETENIDAMENTE.**

**Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor de ponerse en contacto con BRCHS HIPAA Oficial de Privacidad al 828-692-4289**

## NOSOTROS PODEMOS USAR O DAR SU INFORMACIÓN EN VARIAS

**RICI INSTANCIAS** Nosotros usamos y revelamos información sobre nuestros pacientes todos los días. Esta sección de nuestro Aviso explica en detalle cómo podemos usar y revelar su información médica para proveer cuidado médico, brindar pago para su cuidado médico, y operar el negocio eficientemente. Esta sección en breve menciona algunas circunstancias en las cuales nosotros podemos usar o revelar su información médica. Para más información sobre los usos o revelaciones de nuestra política de privacidad, procedimientos o prácticas, contacte nuestro Oficial de Privacidad al 828-692-4289.

### Tratamiento

Nosotros podemos usar y revelar su información médica para proveerle cuidado médico. En otros países, podemos usar y revelar su información médica para proveer, coordinar o administrar su cuidado y servicios relacionados con su salud, si puede incluir, comunicarnos con otros proveedores de salud acerca de su atención, y la coordinación y manejo de su cuidado de salud con otros. *Ejemplo:* Jane es paciente de la oficina médica. La recepcionista puede utilizar información sobre Jane cuando hace una cita. La enfermera practicante sabientemente utiliza la información médica de Jane cuando revise información sobre su condición y al ordenar un análisis de sangre. Los médicos de laboratorio utilizarán la información sobre Jane cuando procesen o revisen los resultados de las pruebas de sangre. Si después de revelar los resultados del análisis de sangre, la enfermera practicante determina que Jane debe ser referida a un especialista, la enfermera puede revelar la información médica sobre Jane al especialista para ayudarle a proveer un cuidado apropiado para Jane.

### Pago

Nosotros podemos usar y revelar su información médica para obtener pago por servicios de salud que usted ha recibido. Esto significa que, dentro de a la oficina médica, nosotros podemos usar su información médica para obtener pago (tal como preparar las cuentas y manejar su cuenta). Nosotros también podemos revelar información médica a otros (como su seguro, agencias de colección, y juntas de reportes al consumidor). En algunos instantes, nosotros podemos revelar información médica a un plan de seguro médico antes de que usted obtenga un servicio médico porque, por ejemplo, nosotros es posible en algunas circunstancias saber si el plan de seguro médico va a pagar por un servicio en particular.

*Ejemplo:* Jane es una paciente del departamento de salud y tiene seguro médico. Durante su visita con el enfermero practicante, la enfermera ordena un análisis de sangre. La contadora utilizará información médica sobre Jane cuando le prepare la cuenta para los servicios proveídos durante la cita, y por el análisis de sangre. La información médica de Jane será revelada a su agencia de seguros cuando la contadora envíe la cuenta.

### Operaciones para Cuidados Médicos

Nosotros podemos usar y revelar su información médica. Para desempeñar una función de actividades de negocios que tales llamamos "operaciones de cuidados médicos." Estas "operaciones de cuidados médicos" nos ayudan, por ejemplo, a operar la calidad de servicio que le proveemos y a reducir el costo del cuidado médico. Nosotros podemos usar y revelar su información para las siguientes actividades:

- Revisar y evaluar las destrezas, cualidades y prácticas de proveedores de salud a cargo de su cuidado.
- Proveer programas de entrenamiento para estudiantes, persona que se educarán, proveedores profesionales de cuidado de salud para ayudantes en la práctica y para mejorar sus destrezas.
- Cooperar con otras organizaciones para evaluar, certificar o licenciar a proveedores de salud, el personal o destrezas en un área especialidad en particular.
- Revisar y mejorar la calidad, eficiencia o costo de cuidado que proveemos a usted y otros pacientes.
- Mejorar el cuidado médico y bajar el costo a grupos de personas que sufren de problemas de salud similares y ayudando a manejar y coordinar el cuidado de estos grupos de personas.
- Cooperar con organizaciones externas que asesoren la calidad de cuidados que proveen otros y nosotros, incluyendo agencias gubernamentales y organizaciones privadas.
- Planear la operación de nuestra organización en un futuro.
- Resolver quejas dentro de nuestra organización.
- Revisar nuestras actividades y usar o revelar información médica en el evento que el control de nuestra organización cambie significativamente.
- Trabajar con otros (tal como abogados, contadores y otros proveedores) los cuales ayudan a mantener este Aviso y otras leyes aplicables.

*Ejemplo:* Jane recibió un diagnóstico de diabetes. La oficina médica utilizó la información médica - al igual que información médica de todos los otros departamentos médicos que diagnostican diabetes - para desarrollar un programa de educación para ayudar a los pacientes a reconocer los síntomas tempranos de diabetes.

### 4. Personas involucradas en Su Cuidado

Nosotros podemos revelar su información médica a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique si esa persona está involucrada en su cuidado y la información es importante para su cuidado. Si el paciente es menor, nosotros revelaremos la información de salud sobre el menor a los padres, guardianes u otra persona responsable por el menor con excepción de mononos, contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 828-692-4289.

Nosotros podemos usar y revelar su información médica a un pariente, otra persona involucrada en su cuidado o una organización que ayuda con desastres (tal como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su local o condición.

Usted puede pedimos cuando usted quiera que no revelemos información sobre su cuidado a personas involucradas en su cuidado. Nosotros honraremos su pedido y no revelaremos información excepto en ciertas circunstancias limitadas (como en caso de emergencia) o si el paciente es un menor. Si el paciente es menor, nosotros podríamos o no podríamos estar de acuerdo con su solicitud.

*Ejemplo:* El esposo de Jane regularmente viene a las consultas de ella en la oficina médica y él la ayuda sus medicamentos. Cuando la enfermera practicante está hablando sobre una nueva medicina con Jane, Jane invita a su esposo a venir al cuarto privado. La enfermera practicante habla sobre el nuevo medicamento con Jane y el esposo de Jane.

### 5. Requerido por la ley

Nosotros podemos usar y revelar su información médica cuando sea requerido hacerlo por la ley. Hay muchos estados y leyes federales que requiere que nosotros usemos y revelemos información médica. Por ejemplo, la ley del estado requiere que nosotros reportemos heridas por armas/palazo y otros accidentes a la policía y reportar si sabemos o sospechamos abusos o negligencia de menores al Departamento de Servicios Sociales. Nosotros honraremos estas leyes y cualquier otra ley que sea aplicable.

### 6. Uso y Revelación por Prioridad Nacional

Cuando sea permitido por la ley, nosotros podemos utilizar y revelar su información médica sin previo permiso para varias actividades que son reconocidas como "Prioridad Nacional." En otras palabras, el gobierno ha determinado que bajo ciertas circunstancias (desastres abajo), es tan importante revelar información médica como es aceptable revelar la información médica sin el permiso del individuo. Solo revelamos información médica de usted en las siguientes circunstancias cuando se nos permite por la ley. Para más información de estas revelaciones, contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 828-692-4289.

- **Amenaza de salud o seguridad:** Nosotros usaremos o revelaremos su información médica si nos parece necesario para prevenir o controlar una amenaza de salud o seguridad.
- **Actividades de salud pública:** Nosotros usaremos o revelaremos su información médica para actividades de salud pública. Actividades de salud pública requieren el uso de información médica para varias actividades, incluyendo, pero no limitado a, actividades relacionadas a investigación de enfermedades, reportando abuso o negligencia de menores, monitoreo de drogas o aparatos regulados por el departamento de administración de Alimentos y Drogas, y monitoreo de enfermedades o condiciones relacionadas al trabajo. Por ejemplo, si usted ha sido expuesto a una enfermedad social (tal como una enfermedad transmitida sexualmente), nosotros podemos reportarlo al estado y tomaremos otras acciones para prevenir que siga dispersándose. Abuso, negligencia o violencia doméstica: podemos revelar información médica para a autoridades del gobierno (tal como el Departamento de Seguro Social) si usted es un adulto y sospechamos con razón que usted pueda ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Actividades de negligencia médica:** podemos revelar información médica para una agencia de negligencia de salud - la cual básicamente es una agencia responsable por investigar el sistema de salud o ciertos programas gubernamentales tales, por ejemplo, una oficina gubernamental, puede pedir su información si están investigando posible fraude de a seguro médico.
- **Procedimiento de la corte:** podemos revelar su información a la corte o un oficial de la corte (tal como un abogado). Por ejemplo, nosotros podríamos revelar su información médica a la corte si un juez da una orden de hacerlo.

- **Oficial que impone la ley:** podemos revelar su información médica a un oficial que impone la ley para un propósito específico de imponer la ley. Por ejemplo, nosotros podríamos revelar información médica limitada sobre usted a un oficial de policía si el oficial necesita la información para ayudarle a enco trer o identificar una persona perdida.
- **Médico de investigación u otros:** podemos revelar información sobre a un médico de investigación, examinador o director de una funeraria o a una organ zación que ayuda con órganos, ojos y trasplantes de tejidos.
- **Compensación de trabajador:** podemos revelar información en orden de consentir con una compensación de ley de trabajo.
- **Organización de investigación:** podemos revelar información sobre a organizaciones de estudios si la organización ha cumplido ciertos condiciones sobre proteger la privacidad de su información médica, estos derechos, contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 828-692-4289
- **Ciertas funciones gubernamentales:** podemos utilizar o revelar información sobre para ciertas funciones gubernamentales, incluyendo pero no limitado a actividades militares o de veteranos y actividades de seguridad y de inteligencia. También podríamos utilizar o revelar su información médica a un Instituto nacional de correcciones en algunas circunstancias.

### 7. Autorización

Aparte de los usos y revelaciones detallados arriba (1)-6), nosotros no utilizaremos o revelaremos su información de salud sin la "autorización" - o permiso escrito - de usted o de su representante personal. Es posible en algunos casos que nosotros deseemos usar la información médica sobre y nos comunicaremos con usted para pedirle que firme un formulario que nos da autorización por escrito. En otros casos, usted puede contactarnos para pedir revelación de su inform de salud y nosotros le pediremos que firme el formulario de autorización.

Si usted firmó el formulario que nos da autorización para revelar información de su salud, usted puede revocar (cancelar) la autorización por escrito (excepto en circunstancias bien limitadas relacionadas para obtener pago de su compañía de seguros). Si usted desea revocar la autorización, usted debe escribir una carta que revoque la autorización o llenar el Formulario para Revocar la Autorización. El Formulario para Revocar la Autorización puede ser obtenido por medio de nuestro Oficial de Privacidad. Si usted renuncia la autorización, nosotros seguiremos sus instrucciones excepto en casos que ya hayamos utilizado su autorización y actuado en esta.

Los siguientes usos y revelaciones de su Informe de salud serán solo hechos con su autorización (permiso firmado):

- Uso y revelación para propósitos de promoción.
- Uso y revelación que constituye la venta de información médica sobre usted.
- La mayoría de usos y revelaciones de notas de información médica, si nosotros mantenemos notas de psicoterapia.
- Cualquier otro uso o revelación que no está indicado en este Aviso.

### USTED TIENE EL DERECHO EN RELACIÓN A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene algunos derechos con respecto a su información de salud. Esta sección del Aviso daría una breve mención de cada derecho. Si usted desea saber más sobre estos derechos, contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 828-6924289.

#### 1. El Derecho de Obtener una Copia de Este Aviso

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, una copia de este Aviso estará en la sala de espera. Si desea una copia del Aviso, la pida a la recepcionista una copia o contactese con el Oficial de Privacidad al 828-692-4289

#### 2. Derecho a acceder para inspeccionar una copia

Usted tiene el derecho de inspeccionar (o que significa ver o revisar) y recibir una copia de su información de salud que nosotros mantenemos en ciertos grupos o expedientes. Si nosotros mantenemos su expediente médico electrónicamente (EHR) (sus siglas en inglés) usted puede obtener una copia electrónica de su expediente médico. Usted también puede practicar que entremos una copia electrónica de su expediente a una tercera identidad. Si usted desea recibir una copia de su expediente médico, usted debe proveer el pedido por escrito. Usted debe escribir una carta para pedir esta forma de acceso.

Nosotros podemos negar el pedido en ciertas circunstancias. Si le negamos su pedido, nosotros le daremos una explicación por escrito el porqué. Nosotros también le informaremos por escrito si usted tiene el derecho a que otra persona pueda hacerlo.