

Seattle World School Centro de Salud por Jovenes

Estimados padres o guardianes de los estudiantes de Seattle World School:

¡Ahora sus hijos pueden recibir atención médica en la escuela!

Hay un Centro de salud en la escuela y disponible para todos los estudiantes de Seattle World School. El Centro de salud está auspiciado por **International Community Health Services (ICHS)** y sus socios **Neighborhood House**, con fondos adicionales de las contribuciones de City of Seattle's **Families and Education Levy**. Los profesionales de salud mental y física de ICHS proveerán servicios y consultas, otros empleados del centro de salud incluyen educadores, asesores y un coordinador de cuidado clínico que trabajan para proveer una variedad de servicios para apoyar la salud, el bienestar y el éxito académico de sus hijos.

Los servicios ofrecidos por el centro de salud incluyen, pero no están limitados a:

- Atención de calidad por proveedores de salud mental y física con licencia
- Citas durante y después de los horarios de la escuela
- Exámenes físicos y evaluaciones (incluyendo el examen para hacer deportes y otros exámenes de rutina)
- Inmunización y medicamentos
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones
- Evaluación y consejería relacionada con la salud mental
- Consultas para la nutrición
- Cuidado de la salud reproductiva
- Prevención, incluyendo actividades de educación para el cuidado de la salud
- Un lugar donde se cuida la salud, incluyendo la coordinación de cuidados adicionales en otras clínicas que ofrecen atención médica y dental
- Referencias para otros proveedores de atención médica
- Exámenes dentales, radiografías, y limpiezas

Cada estudiante debe proveer un consentimiento de los padres para recibir los servicios completos.

Los padres o el guardián legal del estudiante deben completar y firmar el formulario de inscripción y consentimiento adjunto. Generalmente, los planes de seguro de salud públicos, tales como Medicaid, cubren el total de los costos de los servicios para el estudiante en el centro de salud. Sin embargo, si usted tiene un seguro privado, es posible que su plan no cubra el costo total y el reglamento del seguro puede exigir que ICHS le facture a usted una parte del costo. Sin embargo, a ningún estudiante se le negarán los servicios por no poder pagar.

Estamos orgullosos de poder proveer atención médica de calidad a los estudiantes, en la escuela. Creemos que ésta es una oportunidad única que los estudiantes tienen para aprender a cuidar de su salud. ¡Únase a nuestro esfuerzo!

Por favor complete y firme el formulario de consentimiento adjunto y entréguelo en el Health Center de Seattle World School. Venga y conozca a los empleados de la clínica o llámenos si tiene preguntas acerca de la clínica y sus servicios.

Por favor complete y firme el consentimiento

Seattle World School Teen Health Center
1700 E Union St. Seattle, WA 98122 206-332-7160





Centros de Salud de ICHS en las Escuelas Consentimiento para Recibir Atención Médica

Los centros de salud en las escuelas públicas de Seattle deben pedir a los padres o guardianes legales que firmen este consentimiento antes de proveer servicios a los jóvenes, excepto en situaciones en donde las leyes estatales o federales permitan a los jóvenes tener acceso a tratamientos sin el consentimiento de los padres o el guardián. Si los jóvenes están registrados en la escuela pero no lo están en el Centro de Salud de la Escuela (SBHC), pueden aún recibir servicios de la enfermera de la escuela.

Por el presente solicito y autorizo que:

Nombre del joven: _____

Nombre
Inicial
Apellidos
Fecha de nacimiento

Escuela: _____ **Año de graduación:** _____

reciba los servicios de cuidado de la salud disponibles y que sean necesarios de los empleados de SBHC. Estos servicios incluyen, pero no están limitados a tratamiento para la salud mental, exámenes médicos de rutina, servicios dentales (incluido pero no limitado a exámenes, radiografías, y limpieza,) evaluación para los deportes, cuidado para el bienestar de los jóvenes, evaluación y tratamientos de enfermedades serias y lesiones, inmunizaciones, análisis de sangre, fotografías y radiografías. Este consentimiento es también válido para referencias y si fuera necesario para transporte de emergencia para otros proveedores, profesionales del cuidado de la salud, hospitales, clínicas o agencias para el cuidado de la salud según sea considerado necesario por el Centro y sus empleados. Esta autorización no es válida para prestar servicios sin el consentimiento del joven, a menos que él o ella no pueda dar este consentimiento.

Quando se otorga un consentimiento para el cuidado, toda la información obtenida será confidencial, excepto en las siguientes circunstancias:

1. El cliente da su permiso firmando un consentimiento para la divulgación de la información.
2. Si él o ella presenta un riesgo inminente para sí mismo u otros.
3. Él o ella tienen un problema de salud que pone en peligro su vida y tiene menos de 18 años de edad.
4. Hay alguna razón para sospechar que haya abuso o negligencia.
5. Ciertas enfermedades contagiosas deben ser reportadas a las autoridades de salud pública.

Se entrega un consentimiento para compartir información necesaria con los proveedores de cuidado de la salud de SBHC, incluyendo el intercambio de información entre los terapeutas de salud mental, proveedores médicos y la enfermera de la escuela con el objetivo de proveer el mejor tratamiento o cuidado al estudiante mencionado. Para facilitar la coordinación del cuidado, el registro médico del estudiante estará disponible para los empleados de International Community Health Center en el SBHC.

Los estudiantes también pueden recibir servicios médicos de manera independiente en unas de las ICHS clínicas médicas. Ha dado su consentimiento para que los servicios sean recibidos en cualquier ICHS clínica médica y dental. Para hacer citas o para más información, por favor llame 206-788-3700.

Este consentimiento autoriza a recibir servicios por el tiempo que el joven esté inscrito en Seattle World School. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una nota escrita dirigida al Centro de Salud.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre o guardián: _____ Fecha: _____

Nombre y parentesco, relación o guardián legalmente responsable (letra de imprenta): _____

PARA SU INFORMACIÓN

Bajo la Ley del Estado de Washington, los jóvenes pueden independientemente tener acceso al cuidado de su salud reproductiva sin el consentimiento de los padres o guardián (RCW 3.02.100(1 y 2)). Pueden recibir independientemente consejería para la salud mental y servicios para tratar el alcoholismo y la drogadicción a partir de los 13 años de edad (RCW 70.96A.095, RCW 70.96A.0097, RCW 71.34.530, y RCW 71.34.500) y atención para el tratamiento de enfermedades venéreas a partir de los 14 años (RCW 70.24.110) sin el consentimiento de los padres o guardianes. El centro de salud basado en la escuela alienta a los jóvenes a que involucren a sus padres o guardianes en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud, cuando sea posible.

Si es necesario, SBHC informará a los jóvenes de las opciones y ayudas que pueden obtener haciéndose atender por otros. SBHC ayudará a los jóvenes a hablar de estas situaciones con sus padres o guardianes.

El consentimiento de los jóvenes es legalmente exigido para compartir información sobre los siguientes tipos de diagnósticos y tratamiento: embarazo, enfermedades de transmisión sexual (incluyendo pruebas de HIV/SIDA), alcoholismo, drogadicción y consejería para la salud mental.



Padre/Representante Legal Forma de Consentimiento para Organización Comunitaria 2016-2017 Aprobación

Departamento de Salud Publica-Seattle & Condado de King
Programa de Alianza en la Escuela
(Public Health – Seattle & King County
School-Based Partnerships Program)
401 5th Ave #1000 Seattle, WA 98104
206.263.8350

Seattle World School Centro de Salud por Jovenes
Servicios de Salud de la Comunidad Internacional
(Seattle World School Teen Health Center
International Community Health Services [ICHHS])
1700 E Union St. Seattle, WA 98122
206.971.0810

Consentimiento para Divulgar Registros Educativos Bajo los Derechos de Educación de la Familia y Actas de Privacidad (FERPA)

Yo autorizo la divulgación de los registros educativos de mi estudiante del Distrito Escolar de Seattle al centro de salud escolar y sus agencias listadas anteriormente. Entiendo que los registros de educación incluyen, y no son limitados a:

- | | |
|---|--|
| 1. Nombre del Estudiante y información de contacto | 5. Cursos y Historia de Calificaciones |
| 2. Datos demográficos del estudiante: incluyendo Educación Especial y Estado 504 y raza/etnicidad | 6. Historia de Resultados de Exámenes |
| 3. Historia de Asistencia | 7. Historia de Inscripción |
| 4. Historia Disciplinaria | 8. Calificaciones de Tareas |
| | 9. Tareas Futuras y Pérdidas |

Esta autorización incluye permiso para el personal de la agencia a tener acceso a los registros académicos de mi hijo/a por medio de los servicios automatizados del Distrito Escolar de Seattle

Yo entiendo que el propósito de compartir estos registros con las entidades anteriormente mencionadas es para mantener a los proveedores de salud médica y mental informados del programa académico y progreso de mi hijo/a. En colaboración con personal de Departamento de Salud Publica-Seattle & Condado de King, Servicios de Salud de la Comunidad Internacional trabajara con mi hijo/a y su escuela en un esfuerzo para mejorar el éxito de mi hijo/a en la escuela. El Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Washington tendrá acceso a la información ya mencionada únicamente con el propósito de mantener una base de datos segura. Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una notificación escrita al Distrito Escolar de Seattle & Asociación Comunitaria Departamento: 32-159 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124.

La autorización para divulgar información cubre los registros anteriormente mencionadas, que incluye los datos de los estudiantes, esta disponible para la agencia desde la fecha de su firma hasta la fecha de Diciembre 31, 2017. El Distrito Escolar de Seattle esta autorizado para divulgar la información a las agencias anteriormente mencionadas:

Firma del Padre/Representante Legal: _____

(si el estudiante tiene 17 años o es menor)

Escriba el Nombre del Padre/Representante Legal: _____

Firma del Estudiante (si es 18 años o mayor): _____

Fecha (en que se firma): _____

Escriba el **Nombre del Estudiante** (Primer y Apellido)

Escriba **Fecha de Nacimiento** del Estudiante

No. de Identificación del Estudiante

Seattle World School
Escuela del Estudiante

***No. de Identificación del estudiante puede ser encontrado en la tarjeta ASB del estudiante, tarjeta de reporte, correo oficial escolar, o contactando a la escuela del estudiante.*



INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
NOMBRE (APELLIDOS, PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE)		MRN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		CONDADO/PAÍS	
IDIOMA	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	NÚMERO DE ESTUDIANTE	VETERANO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Denegado <input type="checkbox"/> Sí - Menor <input type="checkbox"/> Sí - Compañero <input type="checkbox"/> Sí - Sí mismo <input type="checkbox"/> Sí - Esposo <input type="checkbox"/> Sí - Viudo	PACIENTE <input type="checkbox"/> ACRS <input type="checkbox"/> Mesa directiva <input type="checkbox"/> Familiar de la Mesa Directiva <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Familiar de un empleado <input type="checkbox"/> Sin vivienda <input type="checkbox"/> Estudiante internacional <input type="checkbox"/> No está bajo el cuidado de ICHS <input type="checkbox"/> Contrato especial <input type="checkbox"/> Visita <input type="checkbox"/> Voluntario	
ETNIA - ICHS		FUMADOR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO CELULAR	EMAIL	TEL. DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA Y SU RELACIÓN CON USTED	
VERIFICACIÓN DE INGRESOS <input type="checkbox"/> Califica <input type="checkbox"/> No califica <input type="checkbox"/> Se niega una tarifa en escala			SIN VIVIENDA <input type="checkbox"/> Vive con otro <input type="checkbox"/> Tiene vivienda <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Desconocido/no reportado		
DISCAPACITADO/LISIADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	INMIGRANTE/REFUGIADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		TRABAJADOR MIGRANTE <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No trabaja en granja <input type="checkbox"/> Por temporada	BARRERA DE IDIOMA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NÚMERO DE PERSONAS EN LA CASA	NÚMERO TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 18		CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAZA	
TIPO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Con el padre y la madre <input type="checkbox"/> Mujer soltera, cabeza de familia <input type="checkbox"/> Hombre soltero, cabeza de familia			ASISTENTE ESPECIAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	IDIOMA PREFERIDO PARA LEER	
			PLAN DE MARKETING	FECHA DE LLEGADA A USA / /	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA)					
NOMBRE (APELLIDOS, PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL
TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO CELULAR	TEL. DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA	EMAIL	ESTADO DEL PACIENTE
NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS			NOMBRE DEL ASEGURADO	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DEL GRUPO
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA DE SEGUROS			CANTIDAD DEL COPAGO \$		
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	DEDUCTIBLE \$		
RELACIÓN CON EL PACIENTE			FECHA DE EFECTIVIDAD \ \	FECHA DE VENCIMIENTO \ \	

*****HAGA UNA COPIA DEL FRENTE Y REVERSO DE LA TARJETA DE SEGURO*****

SEGURO SECUNDARIO (si corresponde)				
NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS		NOMBRE DEL ASEGURADO	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DEL GRUPO
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA DE SEGUROS			CANTIDAD DE COPAGO \$	
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	DEDUCTIBLE \$	
RELACIÓN CON EL PACIENTE			FECHA DE EFECTIVIDAD \ \	FECHA DE VENCIMIENTO \ \

Certifico que la declaración anterior es correcta según mi mejor entendimiento. Entiendo que soy responsable financieramente de la porción de los cargos que le corresponden al paciente por los servicios recibidos, de acuerdo con la escala de pagos de ICHS o las normas de pagos de terceros. Se otorga una autorización para entregar a cualquier asegurador la información que sea necesaria para completar los reclamos de ICHS. Entiendo que los servicios no serán negados por mi incapacidad para pagar.

Seattle World School Center de Salud de Jovenes Cuestionario Sobre la Historia de Salud de la Familia

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Idioma:** _____

Por favor, marque la casilla si el estudiante o alguno de sus familiares (por favor describa la relación familiar) ha tenido alguna vez alguna de estas condiciones:

CONDICIÓN	ESTUDIANTE	FAMILIAR	CONDICIÓN	ESTUDIANTE	FAMILIAR
Alcoholismo			Hipertensión		
Asma			Dificultades de aprendizaje		
Problemas de vejiga/ riñón			Problemas emocionales o sociales		
Problemas de sangrado			Convulsiones		
Problemas de intestinos			Células falciformes		
Huesos rotos			Erupciones en la piel		
Cáncer			Problemas del estómago		
Problemas de dientes			Ataque de apoplejía		
Diabetes			Suicidio		
Dolores de cabeza			Anemia		
Enfermedad de corazón			Problemas de la glándula tiroides		
Hepatitis			Tuberculosis		
VIH/SIDA			Otro:		

Cirugía/Hospitalizaciones: _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias a los alimentos: _____ **Medicamentos:** _____ **Vacunas:** _____

¿Están las vacunas del estudiante actualizadas? Sí No Inseguro

Si el estudiante es inmigrante o refugiado, ¿cuándo y con quién vino a los EE.UU.?

¿Con quién vive el estudiante? _____

¿Está preocupado por el estudiante con respecto a cualquiera de los siguientes problemas?

PROBLEMA	Sí	No	PROBLEMA	Sí	No
Alcohol o drogas			Salud general		
El tabaco de mascar			Cambio en el estado de ánimo		
Dieta/peso			El progreso en la escuela		
Comunicación			Viajar con otros bajo la influencia		
Disciplina			Autoestima		
Conducir bajo la influencia			Salud/conducta sexual		
Amigos/relaciones			Fumar cigarrillos		

¿Cuándo fue el último examen médico del estudiante? _____

¿Ha tenido un examen dental en el último año? Sí No

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente/Padre/Tutor legal



Derechos y Responsabilidades del Paciente

DERECHOS DEL PACIENTE

Tiene derecho a:

- Elegir un proveedor de servicios médicos que le proporcione calidad en el cuidado de la salud.
- Recibir atención médica de parte de un personal capacitado en un entorno seguro, privado y respetuoso.
- Recibir servicios que respetan su idioma, cultura y sus creencias.
- Recibir información acerca de su cuidado y su tratamiento en términos que le sean comprensibles.
- Recibir servicios sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, estado civil, orientación sexual, edad, credo, religión, ascendencia, identidad de género, información genética, uso de animales de servicio, nacionalidad, condición de veterano, estatus de ciudadanía; o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física; o la falta de medios para pagar.
- Recibir información acerca de ICHS y de sus horarios, proveedores, servicios y políticas de pago en un idioma que le sea fácil de entender.
- Ser notificado si su atención implica la formación de los profesionales de la salud.
- La privacidad de su información médica, excepto cuando sea requerido por la ley o contratos, con a excepción de los datos que exigen las disposiciones legales o los contratos con compañías de seguros.
- Leer y recibir copias de su historial clínico dentro de un plazo razonable de tiempo.
- Saber que si ocurre una emergencia y lo transfieren a otra institución médica, se dará aviso al responsable designado o a un familiar.
- Solicitar asistencia sobre información acerca de las directivas anticipadas para su atención médica
- Ser notificado con anticipación para poder elegir si desea o no participar en estudios de investigación clínicos experimentales.
- Expresar respetuosamente cuando no esté satisfecho con los servicios que recibe mediante la política de reclamos/quejas del paciente.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Tiene la responsabilidad de:

- Formular preguntas si no comprende lo que se le dice.
- Compartir toda la información referente a su historial médico, de salud actual y cualquier cambio en su salud.
- Compartir toda la información acerca de todos los medicamentos, hierbas, suplementos y medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) que esté tomando.
- Participar en la atención de su salud en lo que refiere a la toma de decisiones, seguir las indicaciones médicas y aceptar la responsabilidad de sus decisiones.
- Seguir el plan de tratamiento acordado con su proveedor. Esto incluye seguir las indicaciones de otros profesionales de la salud que siguen las órdenes del proveedor.
- Seleccionar a un familiar o a otra persona para que lo represente en caso de que se vea imposibilitado de tomar decisiones sobre el cuidado de su propia salud.
- Tratar a los demás pacientes, visitantes, voluntarios y personal y bienes de ICHS con cortesía y respeto.
- Llegar a tiempo a todas las citas y comunicarnos por adelantado si necesita cancelar una cita.
- Proporcionar información precisa para procesar la cobertura de cualquier seguro médico y para pagar todo copago, monto de co-seguro y deducibles conforme a lo solicitado de manera oportuna.
- Informarle a su proveedor si existen directivas médicas anticipadas o un poder de representación.
- Mostrar una conducta adecuada mientras recibe servicios de parte del personal de ICHS o en instalaciones y eventos de ICHS. Si no sigue las instrucciones del personal de ICHS, si no respeta las políticas y lo convenido para los tratamientos o si se niega a recibir el tratamiento de modo que no permita que se le suministre una asistencia médica segura y apropiada, se finalizará la relación con el paciente previa notificación.

Firma/Nombre en letra de molde del paciente

Fecha



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A fin de cumplir con las disposiciones de la Ley de transferibilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA) y de las normativas de privacidad, ICHS tiene la obligación de proporcionarle el aviso de prácticas de privacidad. Por el presente, le informamos que mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Puede ver o solicitar una copia de ese registro. También puede solicitar que se corrija ese registro. No divulgaremos su registro a terceros, a menos que usted nos indique que lo hagamos o a menos que la ley nos autorice u obligue a hacerlo. Para obtener más información, comuníquese con nuestro departamento de registros médicos a los siguientes números:

- Bellevue Clínica (425) 373-3012
- Holly Park Clínica (206) 788-3541
- International District Clínica (206) 788-3712
- Shoreline Clínica (206) 533-2641

Este formulario se guardará en su expediente médico.

Con mi firma a continuación, acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante autorizado
(Padre / tutor si es menor de 18)

Fecha

Nombre en letra de molde si firma en nombre del paciente

Relación con el paciente

Nota

****Se otorgó una copia al paciente o al representante autorizado.****

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU SALUD SERÁ USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE.

¿Quién se registrará por estas normas?

Esta notificación describe las prácticas de:

- Cualquier profesional del cuidado de la salud que esté autorizado para anotar información en su historia clínica en International Community Health Services (ICHS). ICHS y ciertos proveedores de cuidado de la salud, incluyendo a los proveedores que ayudan después de hora, se han organizado para que ICHS y sus proveedores independientes puedan compartir entre ellos su información clínica, cuando sea necesario, para llevar a cabo un tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de la salud. Un proveedor independiente puede tener prácticas de privacidad por separado para los cuidados que se otorgan en su oficina o clínica.
- Todos los departamentos y servicios de ICHS, incluyendo sus propias clínicas, farmacias y laboratorios.
- Todos los empleados y representantes no empleados de ICHS, incluyendo los miembros de la Mesa Directiva y los voluntarios.

Nuestras responsabilidades

ICHS y sus clínicas respetan su privacidad. Entendemos que la información relacionada con su salud es personal y privada. Nosotros no divulgaremos su información a otros, a menos que usted nos autorice para hacerlo o que la ley nos lo permita a requiera.

La ley protege la privacidad de la información relacionada con la salud que nosotros creamos y obtenemos al proveerle servicios o cuidados. Por ejemplo, la información protegida incluye sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, detalles de su tratamiento, información relacionada con su salud obtenida de otros proveedores y facturación y pagos relacionados con estos servicios. Las leyes federales y estatales nos permiten usar y divulgar la información relacionada con su salud para tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

¿Cómo podemos usar y divulgar la información relacionada con su salud?

Tratamiento: La información obtenida por una enfermera, doctor u otro miembro de nuestro equipo de cuidado de la salud se registrará en su historia clínica y se usará para ayudar a determinar el mejor tratamiento para usted. Por ejemplo: si su doctor necesita hacer una consulta con unos especialistas acerca de su tratamiento, es posible que se comparta su información para poder entender sus necesidades de cuidado y tratamiento.

Facturación: Nosotros solicitamos pagos de su plan de seguro de salud u otros deudores quienes necesitan la información relacionada con su salud, por ejemplo: diagnósticos, procedimientos realizados, o recomendaciones de cuidado. Es posible que necesiten la información relacionada con un procedimiento quirúrgico que le realizaron para que su plan de seguro de salud le pague o reembolse lo correspondiente. No divulgaremos su información a terceros sin su autorización, a menos que esté permitido por la ley.

Trámites relacionados con el cuidado de la salud: Usaremos y divulgaremos la información sobre el cuidado de su salud para realizar trámites u operaciones relacionadas con el cuidado de la salud. Esto es necesario para asegurarnos de que nuestros pacientes reciban un cuidado de calidad. Por ejemplo:

- Es posible que necesitemos usar la información de salud para evaluar la calidad de los servicios de cuidado de la salud provistos o para evaluar el desempeño de nuestro personal.

- Es posible que divulguemos su información a doctores, enfermeras, técnicos y otro personal de ICHS para evaluaciones o aprendizaje.
- Es posible que usemos y divulguemos su información para efectuar o planear servicios, incluyendo:
 - Evaluaciones de calidad del servicio médico;
 - Servicios de contabilidad, legal, control de riesgo y seguros;
 - Auditorías, incluyendo la detección de fraudes, abusos y cumplimiento de los programas.

Información para el directorio: A menos que usted nos notifique lo contrario, es posible que usemos su nombre, lugar en que se encuentra, y condición general para el uso del directorio. La información del directorio se puede proveer a las personas que preguntan por su nombre. Si nos informa de su preferencia religiosa, esta información también puede ser incluida en el directorio, pero será entregada solamente a los miembros del clero.

Comunicación con familiares y amigos: Es posible que demos información sobre su salud a un miembro de su familia o amigo que esté involucrado con su cuidado o que ayuda a pagar los servicios que usted recibe. Es posible que demos información sobre su salud a una entidad que esté proveyendo ayuda durante una emergencia o desastre natural para que su familia sea notificada de su condición, estado y el lugar donde se encuentra.

Recordatorios de citas: Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle una cita para un tratamiento o para el cuidado de su salud en ICHS.

Tratamientos alternativos: Es posible que le informemos o recomendemos opciones de tratamientos o alternativas que puedan interesarle.

Servicios y beneficios relacionados con la salud: Es posible que le informemos acerca de los beneficios, servicios, clases para el cuidado de la salud que le puedan interesar.

Recaudación de fondos: Es posible que nos pongamos en contacto con usted como parte de un esfuerzo para recaudar fondos. Si nos comunicamos con usted, también le proveeremos una manera de no recibir futuras solicitudes de recaudación de fondos.

Investigación: Es posible que divulguemos su información a investigadores cuando una mesa de revisión institucional ha aprobado una propuesta de investigación y estableció protocolos para asegurar la privacidad de la información de su salud. En la mayoría de las circunstancias, le pediremos permiso específicamente para que el investigador tenga acceso a su nombre, dirección y otra información que pueda revelar su identidad.

Cuando lo exija la ley: Divulgaremos la información de su salud cuando lo exija la ley local, estatal o federal.

Para evitar un serio riesgo para la salud o la seguridad: Es posible que usemos y divulguemos su información cuando sea necesario para evitar un riesgo serio para su salud o la salud del público u otra persona. Esta información sólo será otorgada a la persona capaz de prevenir tal riesgo.

Situaciones especiales

Donación de órganos y tejidos: Si usted dona un órgano, posiblemente compartamos la información relacionada con su salud con la organización que se encarga de conseguir los órganos u órgano, ojo, o tejido para transplantar, o con un banco de donación de órganos, cuando y como sea necesario para facilitar la donación y el transplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, posiblemente demos a conocer su información cuando sea solicitada por las autoridades del comando militar. Además, podemos entregar la información sobre la salud del personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera competente.

Compensación Laboral (Workers' Compensation). Podemos entregar información relacionada con su salud a Compensación Laboral o programas similares. Estos programas proveen beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Salud Pública. Según lo exija la ley, daremos a conocer su información a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar las enfermedades, lesiones o discapacidad.

Actividades colaterales a la salud. Es posible que demos a conocer información relacionada con su salud a una agencia de servicios colaterales autorizada por la ley. Estas actividades colaterales incluyen, por ejemplo: auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de cuidado de la salud, para los programas del gobierno y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Disputas y juicios. Si usted está involucrado en un juicio o disputa, podemos dar a conocer la información relacionada con su salud en respuesta a una orden de la corte o una orden administrativa. También podemos hacerlo en respuesta a una subpoena, pedido de descubrimiento o algún otro proceso legal por alguna otra persona involucrada en la disputa.

Policía. Podemos dar a conocer la información relacionada con la salud si es solicitado por un oficial de la policía:

- En respuesta a una orden de la corte, citación, decreto, emplazamiento o proceso similar;
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, material de prueba o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un crimen si, bajo circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Acerca de un fallecimiento que nosotros creemos que posiblemente haya sido el resultado de una conducta criminal;
- Acerca de una conducta criminal en ICHS;
- En circunstancias de una emergencia para reportar un crimen; el lugar de un crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o paradero de una persona que haya cometido un crimen.

Médicos forenses, examinadores y directores de funerales. Podemos divulgar información relacionada con la salud a forenses y médicos examinadores. Esto puede ser necesario, por ejemplo: para identificar una persona muerta o determinar la causa de su muerte. Además, podemos entregar información acerca de pacientes de hospitales a directores de funerales, según sea necesario para que cumplan con sus obligaciones.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos divulgar la información relacionada con su salud a los oficiales federales autorizados para la práctica de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Presos. Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la policía, podemos divulgar la información relacionada con su salud a la institución correccional o al oficial de la policía cuando sea necesario, para su salud y la salud y seguridad de otras personas.

Sus derechos sobre la información de su salud

Derecho a tener esta notificación. Usted tiene derecho a tener una copia en papel de esta notificación. Puede pedirnos una copia en cualquier momento. También puede obtener una copia de este documento en el sitio web: www.ichs.com.

Derecho a inspeccionar y obtener una copia. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de cierta información del cuidado de la salud incluyendo los registros de facturación. Debe enviar una solicitud por escrito a

Medical Records Department:
International Community Health Services
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

Si usted solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa para cubrir los gastos de copia y envío y otros gastos asociados con su pedido.

Podemos negar su pedido para inspeccionar o recibir una copia en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a sus registros

médicos, usted puede pedir que se revise esta decisión. Nosotros cumpliremos con el resultado de esta revisión.

Derecho a solicitar una enmienda. Usted puede tener el derecho a pedir que se realice una enmienda en los registros médicos de su salud por medio de una solicitud escrita presentada ante el Departamento de Registros Médicos. Bajo ciertas circunstancias, tenemos el derecho de negar este pedido. Si se le niega el pedido de enmienda usted puede redactar una declaración de desacuerdo, la cual será archivada con sus registros de salud e incluida en las copias de sus registros.

Derecho a tener una lista de divulgación. Usted tiene el derecho a pedir una lista de divulgación. Esto es un registro de las veces que la información sobre su salud fue divulgada de acuerdo a la ley.

Debe presentar un pedido por escrito al Departamento de Registros Médicos. Podemos cobrar el costo de proveer esta lista. Le notificaremos si hay algún costo relacionado y usted podrá escoger si desea cancelar el pedido o modificarlo en cualquier momento antes de que se haya incurrido en algún costo.

Derecho a restringir los pedidos. Usted tiene el derecho a pedirnos que restrinjamos ciertos usos y la divulgación de la información relacionada con su salud. Puede hacerlo por escrito y puede preguntar al respecto a su proveedor de cuidados. Nosotros cumpliremos con todos los pedidos razonables.

Derecho a pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted en lo que se refiere a su salud, de una manera o en un lugar específico; por ejemplo: puede pedirnos que solamente nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo.

Para pedir comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito. Pida a la persona (o departamento) que le entrega esta notificación que le dé más información acerca de este proceso. Nosotros cumpliremos con todos los pedidos razonables. Su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Cambios a esta notificación

Nos reservamos el derecho de revisar o cambiar esta notificación en lo que concierne a la información relacionada con su salud que ya tenemos, incluyendo la información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia de la notificación actual en nuestras clínicas y en nuestro sitio web: www.ichs.com.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede comunicarse con ICHS Compliance Officer al (206) 788-3658 o presentar una queja por escrito a Compliance Officer, PO Box 3007; Seattle, WA 98114-3007. También puede presentar una queja en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services).

La calidad de los servicios que usted reciba no serán afectados, puestos en peligro o penalizados por presentar una queja.

Solamente con su consentimiento escrito, se divulgará o se harán otros usos de la información de su salud no cubiertos por esta notificación o las leyes que se apliquen a nosotros. Si usted nos provee un permiso para usar o divulgar la información relacionada con su salud bajo estas circunstancias, usted puede revocarlo por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca el permiso, nosotros nunca más usaremos o divulgaremos la información relacionada con su salud indicada en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos recuperar la información divulgada en base a su permiso anterior y que nosotros tenemos la obligación de retener el registro de los cuidados que le hemos brindado.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, comuníquese con Compliance Officer llamando al (206) 788-3658.