

CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA



FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Complete este formulario para ayudarnos a brindarle una atención de calidad a su hijo(a). Se invitará a su hijo(a) al centro de salud para un examen de salud para revisar su peso, estatura, presión arterial e historial de vacunas, y completar una evaluación de riesgos para la salud. El centro de salud se comunicará con usted acerca de cualquier recomendación para apoyar la salud y la preparación para aprender de su hijo(a). Se requiere el consentimiento adicional de un padre/madre/tutor antes de administrar cualquier vacuna. Comuníquese con el centro de salud si su hijo(a) tiene un problema de salud y necesita una cita.

ESTUDIANTE	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /
	Nombre en imprenta de la persona que completa el formulario	Relación con el estudiante (si no es él/ella mismo(a))	Fecha en que se completó el formulario / /
Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted		Mejor horario para llamar	

PREGUNTAS SOBRE EL MENOR:

Sí No ¿Su hijo(a) tiene un médico de atención primaria o clínica?
 Nombre del proveedor: _____ Clínica: _____ Teléfono: _____

Sí No ¿Su hijo(a) ha tenido un chequeo de niño sano o un examen físico completo en el último año?

Sí No ¿Su hijo(a) ha visitado a un odontólogo en el último año?

Sí No ¿Su hijo(a) tiene alergia a algún medicamento o de otra índole?
 (Describir): _____

Sí No ¿Su hijo(a) toma algún medicamento? (Incluir vitaminas y medicamentos de venta libre)

Medicamentos	Dosis	Motivo

Sí No ¿Su hijo(a) tiene algún problema de salud continuo o inquietudes actuales de salud?
 (Describir): _____

Sí No ¿Su hijo(a) alguna vez se quedó en un hospital o tuvo cirugías?
 (Describir): _____

Sí No ¿Su hijo(a) tiene alguna necesidad o inquietud escolar/de aprendizaje?
 Problemas de asistencia Calificaciones peores o reprobatorias Educación especial Otro

Sí No ¿Tiene otras inquietudes sobre el bienestar de su hijo(a)? (por ejemplo: demasiada preocupación, estrés, depresión, ansiedad, etc.)
 (Describir): _____

PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA:

¿Quiénes viven en su hogar?
 Si su hijo(a) también vive en otro hogar, ¿quiénes vive allí?

Sí No ¿Ha habido cambios importantes o dificultades en su familia en el último año?
 Si contestó que sí, describir: _____

Sí No ¿Alguien que vive con su hijo(a) fuma cigarrillos, puros, cigarrillos electrónicos o marihuana?

Sí No ¿Le preocupa que no haya suficiente comida o dinero para alimentar a su familia?

Sí No ¿Hay algún arma de fuego en su casa? Si contestó que sí, ¿está bajo llave? Sí No

Sí No ¿Su hijo(a) es adoptado(a)?

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA (marcar todas las que correspondan)

Familiar	No se conocen problemas	Abuso de alcohol/sustancias	Artritis	Asma	Cáncer	Problemas cardíacos	Depresión	Diabetes	Colesterol alto	Hipertensión	Enfermedad renal	Enfermedad mental	Accidente cerebrovascular	Problemas visuales
Madre														
Padre														
Otro familiar:														
Otro familiar:														

¿Hay algún otro antecedente familiar de enfermedad o mal crónico?



CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Complete este formulario en su totalidad para ayudarnos a brindarle una atención de calidad a su hijo(a). Este consentimiento permanecerá activo de año en año. Envíe una solicitud por escrito para retirar el consentimiento para los servicios. Debido a la situación sin fines de lucro y la fuente de financiación del Centro de Salud Comunitario del Condado de Snohomish (Community Health Center of Snohomish County, CHC), debemos hacer estas preguntas de registro (en gris). Tiene derecho a negarse a responder cualquiera de estas preguntas. La información que proporcione no se compartirá ni se utilizará para ningún otro propósito que no sea recopilar datos demográficos generales para servir mejor a nuestra comunidad.

Complete las secciones 1 a 6.

I. INFORMACIÓN Y DEMOGRAFÍA DEL ESTUDIANTE

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO ANTERIOR	NOMBRE PREFERIDO
NÚMERO DE ID DEL ESTUDIANTE			FECHA DE NACIMIENTO / / MES FECHA AÑO		SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
					GÉNERO LEGAL <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	
DIRECCIÓN POSTAL		APTO.		DIRECCIÓN SECUNDARIA (si difiere)		APTO.
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL PADRE/MADRE ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral			TELÉFONO DEL ESTUDIANTE ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/MADRE			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE			
PREFERENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CITA (elegir una) PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica			PREFERENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CITA (elegir una) ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica			
IDENTIDAD DE GÉNERO		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> En cuestionamiento		<input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> No binario/Género queer		<input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no informarlo
ORIENTACIÓN SEXUAL		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay		<input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Queer		<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no informarlo
PRONOMBRE PREFERIDO		<input type="checkbox"/> Ella, De ella <input type="checkbox"/> Él, De él		<input type="checkbox"/> Ellos, De ellos <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Elijo no informarlo
¿ES USTED HISPANO O HISPANO-LATINO?		<input type="checkbox"/> Sí, hispano o latino		<input type="checkbox"/> No soy hispano o latino		<input type="checkbox"/> Elijo no informarlo
¿CUÁL ES SU RAZA O ANTECEDENTES FAMILIARES?		<input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Más de una raza		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no identificarme		<input type="checkbox"/> De color/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco
¿ES USTED VETERANO DE LOS EE.UU.?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿CUÁL ES SU SITUACIÓN LABORAL?		<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional		<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Servicio militar activo		<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante
¿CUÁL ES SU IDIOMA ESCRITO PREFERIDO?				¿NECESITA UN INTÉRPRETE?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. PADRE/MADRE/TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18)

APELLIDO DEL PADRE/MADRE/TUTOR		NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR		FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN POSTAL			APTO.	RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral ____-____-____	

Este formulario continúa en el reverso. Favor de completar todas las secciones.

CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



Continúa del reverso.

3. SEGURO			
¿TIENE UN SEGURO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INCLUYA LA INFORMACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO	NOMBRE DEL SEGURO		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA
	NÚMERO DE PLAN DE GRUPO	N.º DE ID DE MIEMBRO	
	SUSCRIPTOR/NOMBRE DEL TITULAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL QUE SUSCRIBE	
¿ESTÁ INTERESADO EN NUESTRO PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL?	Ofrecemos un descuento de tarifa móvil si no tiene seguro médico o necesita ayuda para pagar los gastos que el seguro médico no cubre. La elegibilidad para el programa y la tarifa mínima se basan en el tamaño y los ingresos de su familia. ¿Le gustaría reunirse con uno de nuestros especialistas en elegibilidad para obtener más información y presentar una solicitud?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. PREGUNTAS ADICIONALES (responda por el paciente o, si el paciente es menor de edad, responda por el tutor legal).			
INGRESO ANUAL O MENSUAL	¿Cuál es el ingreso bruto anual de su hogar?	\$	Si es más fácil de calcular, ¿cuál es el ingreso mensual de su hogar?
			\$
NÚMERO TOTAL DEL HOGAR	Número de miembros de la familia informados en la declaración federal de impuestos sobre la renta:		
¿ESTÁ USTED SIN HOGAR O EN UN REFUGIO TEMPORAL?	<input type="checkbox"/> No estoy sin hogar <input type="checkbox"/> Comparto vivienda <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> De transición		
SITUACIÓN LABORAL MIGRANTE/ESTACIONAL	En algún momento de los últimos dos años, ¿ha sido el trabajo agrícola temporal o migrante la principal fuente de ingresos de usted o su familia?		<input type="checkbox"/> No realicé trabajo agrícola <input type="checkbox"/> Sí, trabajo agrícola migrante <input type="checkbox"/> Sí, trabajo agrícola estacional
¿CÓMO SUPO DE NEIGHBORCARE HEALTH? (marcar todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Amigos o familiares <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea (Google) <input type="checkbox"/> Otro proveedor no perteneciente a Neighborcare <input type="checkbox"/> Ubicación conveniente/Cerca de casa <input type="checkbox"/> Otro grupo o programa comunitario <input type="checkbox"/> Redes Sociales (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Anuncios (cartelería, autobuses, periódicos) <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro		
5. AVISO DE PRIVACIDAD			
Por la presente reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de CHC. Entiendo que CHC del condado de Snohomish puede comunicarse conmigo sobre recordatorios de citas, resultados de pruebas, opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud a través de una llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz.			Iniciales
6. FIRMA DE DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO			
<p>CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN: Certifico que la información de registro que he informado a CHC es actualmente correcta, y entiendo que cualquier tergiversación deliberada de la información puede hacerme responsable del cargo total de los servicios prestados. Doy permiso al personal médico, de salud mental y odontológico para emplear los tratamientos y terapias establecidos que se consideren necesarios o aconsejables desde el punto de vista profesional y médico en el diagnóstico y tratamiento de mi(s) problema(s) de salud. Entiendo que la atención médica puede estar a cargo de un médico, una enfermera practicante, un asistente médico u otro personal autorizado. Entiendo que la atención de salud mental puede estar a cargo de un trabajador social con licencia, un consejero de salud mental con licencia u otro personal con licencia. Entiendo que la atención odontológica puede estar a cargo de odontólogos con licencia, higienistas dentales, estudiantes de odontología o higiene, o voluntarios capacitados de acuerdo con la Ley de práctica odontológica del estado de Washington. Esta autorización permanecerá vigente a menos que se revoque el consentimiento mediante notificación por escrito al Director Médico/Odontológico. La cesión y divulgación autoriza a CHC a divulgar a mi compañía de seguros, CMS o DSHS cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente, autorizo a cualquier compañía de seguros con la que tenga una póliza a pagar directamente cualquier beneficio de cualquier póliza de seguro a los proveedores de atención médica que me hayan prestado servicios. Acepto pagar en su totalidad todos los cargos que no sean pagados en su totalidad por el seguro asignado.</p>			
FIRMA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA / /	

CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD



Los centros de salud escolares de CHC están ubicados en el distrito escolar de Edmonds. CHC debe obtener el consentimiento firmado de un padre/ madre o tutor legal antes de brindar servicios, excepto en situaciones en las que las leyes federales o estatales permitan que el estudiante acceda al tratamiento sin el consentimiento del padre/madre o tutor. No es necesario que los estudiantes estén registrados en el centro de salud para poder recibir servicios de la enfermera escolar.

Por la presente solicito y autorizo que: (Nombre en imprenta del estudiante a continuación).

Nombre	Inic. del 2do nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /
--------	----------------------	----------	----------------------------

reciba servicios de atención médica disponibles y considerados necesarios por el personal del SBHC de CHC. Estos servicios pueden incluir, entre otros: asesoramiento sobre salud mental, exámenes médicos de rutina, naturopatía, exámenes físicos para deportes, atención de niños o adolescentes sanos, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, inmunizaciones, análisis de sangre, fotografías, radiografías, servicios de tratamiento odontológico y de fluoruro. El personal del SBHC fomenta la participación de la familia en el cuidado que brindan a los estudiantes. Sin embargo, si no puedo estar presente, se otorga autorización para que mi hijo(a) reciba servicios en mi ausencia. Esta atención se puede realizar en persona o de forma remota por teléfono o visita virtual de telesalud. También se otorga el consentimiento para remisión de atención y, si es necesario, transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de atención médica, hospitales, clínicas o agencias de atención médica según lo considere necesario el personal del SBHC de CHC. Esta autorización no permite que se presten servicios sin el consentimiento del estudiante, a menos que el estudiante no pueda dar su consentimiento. CHC se compromete a crear un hogar de salud que incluya atención médica, odontológica y de salud mental, y CHC fomenta las relaciones a largo plazo entre pacientes y proveedores. CHC colabora con otros proveedores en la comunidad que también pueden estar atendiendo a los pacientes que atendemos para garantizar que la atención sea coordinada.

De acuerdo con la ley estatal y/o federal, cuando se brinda el consentimiento para la atención, la información de atención médica se mantiene confidencial. Existen algunas excepciones. Por ejemplo:

1. El permiso lo otorga el paciente o el padre/madre/tutor a través de un formulario de divulgación de información firmado.
2. El paciente indica riesgo de daño inminente para sí mismo(a) o para otros.
3. El paciente tiene un problema de salud potencialmente mortal y es menor de 18 años.
4. Hay razón para sospechar abuso o negligencia.
5. Ciertas enfermedades transmisibles se deben informar ante las autoridades de salud pública.

Se otorga consentimiento para compartir la información necesaria con los proveedores de atención médica en el SBHC, incluido el intercambio de información entre el terapeuta de salud mental, la enfermera practicante o el asistente médico y la enfermera de la escuela, con el fin de brindar la mejor atención al estudiante mencionado anteriormente. Para facilitar la coordinación de la atención, el expediente médico del SBHC del estudiante será accesible para el personal de CHC a través del SBHC. Se otorga el consentimiento para que la enfermera de la escuela administre medicamentos de venta libre (por ejemplo, ibuprofeno, Tylenol, Tums, etc.) según lo prescrito por el proveedor médico del SBHC.

Los estudiantes también pueden recibir servicios de salud de forma independiente en cualquiera de las clínicas médicas u odontológicas de CHC. Con este consentimiento, los servicios se pueden recibir en cualquier clínica médica y odontológica de CHC del condado de Snohomish. Para ver una lista de las ubicaciones de las clínicas, visite nuestro sitio web en chcsno.org. Para programar una cita, llame a CHC al 425-789-3789

Se autoriza el consentimiento para los servicios proporcionados por CHC durante el tiempo que el estudiante esté inscrito en una escuela con un SBHC de CHC o durante el tiempo que se brinden los servicios en otra clínica de CHC. La revocación de este consentimiento se puede hacer en cualquier momento escribiendo al SBHC.

Firma del estudiante: <i>(Requerido para 13 años de edad y mayores)</i>	Fecha: / /
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha: / /
Nombre del tutor legalmente responsable (imprenta):	Relación:

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE SOBRE EL CONSENTIMIENTO DEL MENOR

Según la ley del estado de Washington, el SBHC proporcionará y ayudará a los estudiantes a acceder a atención externa si es necesario. Según la ley del estado de Washington, los jóvenes pueden acceder de forma independiente a la atención de la salud reproductiva a cualquier edad sin el consentimiento de los padres o tutores. Los jóvenes (mayores de 13 años) pueden recibir de forma independiente servicios de drogas y alcohol, y asesoramiento sobre salud mental sin el consentimiento de los padres o tutores. El SBHC alienta a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención médica siempre que sea posible. Cuando corresponda, el SBHC ayudará al estudiante a discutir estas situaciones con los padres/tutores.

Debido a que los jóvenes pueden dar su consentimiento para el tratamiento, se requiere legalmente su consentimiento para la divulgación de información sobre el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (incluidas las pruebas de VIH/SIDA). Se requiere legalmente el consentimiento de los estudiantes de 13 años o mayores, y el consentimiento de los padres/tutores para los estudiantes de 12 años o menores, para divulgar información sobre alcohol y drogas, o asesoramiento sobre salud mental. Para obtener más información sobre el consentimiento de menores, visite: www.washingtonlawhelp.org y busque "Consentimiento de menores".

CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

REQUERIDO PARA EL REGISTRO DEL CENTRO DE SALUD
Complete y devuelva todos los formularios requeridos para el registro del centro de salud



ESCUELA:		N.º DE SALÓN DE CLASES:	MRN: (Para uso administrativo)
ESTIMADO/A PADRE/MADRE O TUTOR: Ofrecemos servicios odontológicos en la escuela de su hijo(a) para informarle sobre la salud dental de su hijo(a). Los servicios no tienen costos de bolsillo para usted . Si acepta que tratemos a su hijo(a): <ul style="list-style-type: none"> Los servicios odontológicos se reanudarán cuando los estudiantes regresen para las clases presenciales. Estaremos encantados de darle información para programar una cita odontológica, o programar una cita para usted, si necesita un proveedor odontológico. Le enviaremos una copia de los resultados de su hijo(a). Esta información se puede compartir con la escuela de su hijo(a). Podemos dejar un mensaje en su teléfono si necesitamos comunicarnos con usted acerca de las necesidades odontológicas de su hijo(a). 		¿QUÉ TRATAMIENTO OFRECEMOS? <ul style="list-style-type: none"> EXÁMENES INTEGRALES EXÁMENES DE RUTINA EXÁMENES DE EMERGENCIA Y LIMITADOS LIMPIEZA DENTAL (PROFILÁCTICA) SELLANTES FLUORURO RADIOGRAFÍAS 	
Padres o tutores, completen la información a continuación y firmen la parte inferior del formulario.			
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:			
NOMBRE	INIC. 2DO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO / /
GÉNERO DEL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X			
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:			
NOMBRE	INIC. 2DO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO / /
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	CÓDIGO POSTAL:	
N.º DE TELÉFONO:	Consentimiento otorgado para tomar radiografías dentales cuando sea necesario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Prefiere ser contactado en un idioma que no sea inglés?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó que sí, ¿qué idioma?	
¿Cómo le gustaría recibir los resultados de la evaluación odontológica de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Por favor, dáselos a mi hijo(a) en la escuela para que se los lleve a casa. <input type="checkbox"/> Envíelos por correo a la dirección indicada anteriormente.		
¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) vio a un odontólogo?	<input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Hace menos de 2 años <input type="checkbox"/> Hace menos de 1 año <input type="checkbox"/> Hace más de 2 años <input type="checkbox"/> Nunca		
¿Su hijo(a) tiene un odontólogo habitual?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó que sí, ¿dónde?	
¿Le gustaría obtener ayuda para buscar a un odontólogo para su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Este programa no tiene costo para usted, pero es posible que se le facture a su compañía de seguro odontológico por los servicios. Complete la sección de seguro de este formulario para asegurarse de que tengamos la información más actualizada. Los planes de seguro públicos generalmente cubren la totalidad de los costos del servicio. Si el seguro no cubre alguno de los costos, el mismo será cubierto por subvenciones. A ningún estudiante o familia que participe en el programa se le facturará gasto de bolsillo alguno.			
INCLUYA LA INFORMACIÓN DE SU SEGURO DE APPLE HEALTH U OTRO SEGURO ODONTOLÓGICO A CONTINUACIÓN:			
NOMBRE DEL SEGURO ODONTOLÓGICO:			
NOMBRE DE QUIEN SUSCRIBE:			
RELACIÓN:		FECHA DE NAC. DE QUIEN SUSCRIBE:	/ /
AL FIRMAR ESTE FORMULARIO USTED ACEPTA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO			
FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR		FECHA	



Aviso de prácticas de privacidad

Este Aviso entró en vigencia el 23 de mayo de 2013

Mantenemos protocolos para garantizar la seguridad y confidencialidad de su información personal. Tenemos seguridad física en nuestro edificio, contraseñas para proteger las bases de datos, auditorías de cumplimiento y software de detección de virus/intrusos. Dentro de nuestra práctica, el acceso a su información está limitado a aquellos que la necesitan para realizar su trabajo.

Community Health Center of Snohomish County se compromete a tratar y utilizar su información de salud protegida de manera responsable. Este Aviso de políticas de privacidad describe la información personal que recopilamos y cómo y cuándo usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información de salud protegida. Este Aviso entró en vigencia el 23 de mayo de 2013 y se aplica a toda la información médica protegida según lo definido por las reglamentaciones federales.

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Nuestra promesa para con ustedes, nuestros pacientes: *su información es importante y confidencial. Nuestra ética y políticas exigen que su información se mantenga en estricta confidencialidad.*

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud ("Información de Salud Protegida" o "PHI"). Debemos seguir las Prácticas de privacidad que se describen en este Aviso (que se pueden modificar ocasionalmente).

Para obtener más información sobre nuestras Prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso.

Derecho a obtener un aviso: usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso enviando una solicitud al Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208 en cualquier momento.

Derecho a recibir notificación de una violación: de acuerdo con los requisitos de la ley federal, estamos obligados a notificarle si descubrimos una violación de su PHI no segura.

Preguntas o quejas: si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, o si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la línea de privacidad de nuestra Oficina de Cumplimiento al 425-789-3774. También puede presentar una queja por escrito ante el Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja ante el Director o ante nuestra oficina. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos (Office for Civil Rights, OCR) de los EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja ante nuestra práctica o la OCR. La dirección de la oficina regional de OCR para Washington es la siguiente:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

Cambios a este Aviso: podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, podemos hacer que los nuevos términos del Aviso entren en vigencia para toda la PHI que mantenemos, incluida cualquier información que se haya creado o recibido antes de emitir el nuevo Aviso. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el Aviso revisado en el área de espera de nuestra oficina y en nuestro sitio web en www.chcsno.org. También puede obtener Avisos revisados comunicándose con Community Health Center of Snohomish County por correo a 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208.