

KEYSTONE HEALTH CLINIC AT CHAMBERSBURG AREA SENIOR HIGH SCHOOL

HIPPA/FERPA AUTHORIZATION TO USE OR DISEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

**CLÍNICA DE KEYSTONE HEALTH EN CHAMBERSBURG AREA SENIOR HIGH SCHOOL
AUTORIZACIÓN HIPPA/FERPA PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre paciente/estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Al firmar a continuación, autorizo a:

☐ Keystone Rural Health Center [Centro de Salud Rural
Keystone] para que use o divulgue cierta información médica
sobre el/la paciente/estudiante anteriormente nombrado/a a
Chambersburg Area Senior High School

☐ Chambersburg Area Senior High School para que use o
divulgue cierta información médica sobre el/la
paciente/estudiante anteriormente nombrado/a a Keystone Rural
Health Center.

El tipo de información que se usará o divulgará es el siguiente: _____

Fechas de tratamiento: _____

Se usará o divulgar la información para los siguientes fines: _____

Expedientes especiales: Los expedientes divulgados por el Keystone Rural Health Center **no incluirán** expedientes de programas para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, tratamientos para la salud mental o información relacionada con el VIH y SIDA **a menos que se marquen las casillas a continuación.** Marcar las casillas no significa que tal información existe.

☐ Incluir expedientes sobre el tratamiento para drogas y alcohol (protegidos por la Ley de Control del Abuso de Drogas y Alcohol – [Drug & Alcohol Abuse Control Act], 71 P.S. § 1690.108

☐ Incluir expedientes sobre la salud mental (protegidos por la Ley de Procedimientos de Salud Mental [Mental Health Procedures Act], 50 P.S. § 7111

☐ Incluir expedientes relacionados con el VIH/SIDA (protegidos por la Ley de Información Confidencial Relacionada con el VIH [Confidentiality of HIV-Related Information Act], 35 P.S. § 7607

1. Esta autorización se vencerá: ☐ Fecha _____, o ☐ Evento: _____. A menos que se especifique lo contrario, esta autorización se vencerá un año después de la fecha de esta solicitud.
2. Entiendo que tengo el derecho a cambiar o revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a las partes autorizadas para divulgar información arriba. Entiendo que esta revocación no tendrá ningún efecto en las acciones realizadas antes de la revocación.
3. Esta autorización es por propia voluntad y a petición mía. Entiendo que ni mi tratamiento ni mis pagos por servicios serán afectados si no firmo esta autorización.
4. Entiendo que ni Keystone Rural Health Center ni el Chambersburg Area High School divulgará la información que recibe el uno del otro conforme a este consentimiento/esta autorización sin un consentimiento apropiado anterior/una autorización apropiada anterior. Entiendo que la información proporcionada por el Keystone Rural Health Center a la Chambersburg Area Senior High School formará parte del expediente educacional del estudiante, y es posible que ya no sea protegida bajo HIPAA si se vuelve a divulgar la información.
5. Keystone Rural Health Center mantendrá una copia de esta autorización en el expediente médico del/de la estudiante o del/de la paciente durante seis años. Chambersburg Area High School mantendrá una copia de este consentimiento en el archivo del/de la estudiante o del/de la paciente.
6. **Al firmar a continuación, consiento y autorizo la divulgación de la información médica solicitada, y renuncio la protección de confidencialidad ofrecida por las leyes escritas de Pensilvania para cualquier expediente anteriormente identificado.**

Firma padre, madre o representante/guardian del/de la paciente

Fecha

Nombre representante//guardián del/de la paciente

Relación con el/la paciente

Clínica Pediátrica Keystone en la Chambersburg Senior High School
Preautorización / Consentimiento para el tratamiento y asignación de beneficios

Información paciente / estudiante

Apellido(s) _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de casa _____

Keystone Health [*Salud Keystone*] requiere una copia firmada de este formulario para proporcionar tratamiento rutinario al / a la estudiante anteriormente identificado/a. Si el/la estudiante anteriormente identificado/a tiene 18 años o más, ha estado encinta, o ha estado casado/a, luego el/la paciente // estudiante puede firmar este formulario por sí mismo/a. En caso contrario, el padre o la madre o guardián tiene que firmar este formulario.

Preautorización / Consentimiento para el tratamiento

Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para que Keystone Health proporcione tratamiento médico rutinario al / a la paciente // estudiante anteriormente identificado/a en la Clínica Pediátrica Keystone en el Chambersburg Area Senior High School [*La Escuela Secundaria Superior del Área de Chambersburg*]. El tratamiento rutinario incluye exámenes físicos [chequeos físicos], el tratamiento de lesiones y enfermedades, inmunizaciones, pruebas para detectar enfermedades, evaluaciones de problemas de salud mental y evaluaciones de desarrollo, si los proveedores o ayudantes de Keystone Health los juzgan necesarios.

Además, consiento que Keystone y sus entidades relacionadas divulguen la información médica protegida del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a a otros proveedores de atención médica según sea necesario para el tratamiento y/o la coordinación de cuidado.

Estos consentimientos anteriormente dados están vigentes desde la fecha de mi firma a continuación hasta el fin del año escolar actual, a menos que yo los revoque por escrito a Keystone Health.

Asignación de beneficios

Al firmar a continuación, asigno los beneficios pagables por los servicios de los médicos a Keystone Health, y autorizo a Keystone Health para presentar un reclamo a la aseguradora del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a. En el caso de que la aseguradora me mande directamente el pago, entregaré tal pago a Keystone Health. Entiendo que soy financieramente responsable a Keystone por los cargos no cubiertos por la autorización. Entiendo que es posible que agencias de fuera incurran en cargos adicionales por rayos X, estudios de laboratorio, y aparatos médicos duraderos. Autorizo a Keystone Health para divulgar tal información del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a como sea necesario para complementar los reclamos de seguro para servicios proporcionados por Keystone Health.

Aviso de las prácticas de confidencialidad

Verifico que me han proporcionado una copia del "Aviso de las prácticas de confidencialidad" de Keystone Health.

Firma

Relación con el / la estudiante

Escriba su nombre en letra molde

Fecha

Keystone Pediatrics Clinic at Chambersburg Area Senior High School
Clínica Pediátrica Keystone en Chambersburg Area Senior High School

Estimado padre, estimada madre, o guardián:

Comenzando con este año escolar, Keystone Health [*Salud Keystone*] el Chambersburg Area School District [*Distrito Escolar del Área de Chambersburg*] están colaborando para proporcionar una localización con base en la escuela de Keystone Pediatrics [*Pediatría Keystone*] en la Chambersburg Area Senior High School [*Escuela Secundaria Superior del Área de Chambersburg*]. El objetivo de esta nueva clínica es mejorar el acceso a atención médica de calidad para los estudiantes de la escuela secundaria [CASHS], manteniéndolos sanos y fomentar el éxito en la escuela.

Hechos rápidos: La nueva clínica de Keystone Pediatrics en CASHS está:

- operada por Keystone Health, un Centro de Salud Federalmente Calificado y un centro con servicio completo con ubicaciones a través del condado de Franklin [Franklin County];
- abierta solamente para los estudiantes de CASHS, durante el año escolar, cuando la escuela está en sesión de las 8.00 de la mañana a las 12.00 de la tarde;
- iniciando los servicios el 6 de septiembre de 2016;
- dotada de médicos con licencia y calificados, asociados médicos, enfermeras;
- disponible para proporcionar a su hijo/hija todo tipo de chequeos físicos, tratamientos de lesiones y enfermedades, inmunizaciones, pruebas para detectar enfermedades, evaluaciones para problemas de salud mental;
- disponible para ser el proveedor/la proveedora regular de atención médica para su hijo/hija, o para apoyar al médico/a la médica o la clínica regular de su hijo/hija.

Cargos: Keystone Health pasará la factura a la compañía de seguros de su hijo/hija para los servicios proporcionados en la Clínica Pediátrica Keystone en CASHS. Usted será responsable de sus copagos y las cantidades de los deducibles no cubiertas. Keystone Health ajusta sus precios basándose en la capacidad de pagar de los pacientes. No se rechaza a nadie debido a su incapacidad de pagar.

Inscripción: No se tratará a los niños en la clínica sin el consentimiento de los padres/del guardián y el cumplimiento de los formularios adjuntos a esta carta. Para que su hijo/hija reciba tratamiento en la Clínica Pediátrica Keystone en CASHS, favor de completar los formularios adjuntos y hacer que su hijo/hija los devuelva a la clínica, o usted puede enviarlos a::

Keystone Pediatrics Clinic
Chambersburg Area Senior High School
511 S. 6th Street
Chambersburg, PA 17201

Chambersburg Area School District y Keystone Health creen que esta nueva clínica ayudará a hacer una influencia positiva en la vida de los estudiantes de CASHS, y esperamos cuidar a su hijo/hija. Si tiene preguntas sobre esta nueva clínica, favor de llamarnos al (717) 709-7900.