



CENTRO DE SALUD ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA DE HAMDEN FORMULARIO DE PERMISO/ INSCRIPCIÓN

El Distrito de Salud de Quinnipiac Valley se asoció con la Corporación Cornell Scott-Hill Health para operar el centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés) en Hamden High School (anteriormente llamada "clínica MOM'S"). Los estudiantes deben estar matriculados en el centro de salud de la escuela para recibir servicios. Los proveedores de SBHC no reemplazan a los proveedores regulares de salud / salud mental de su hijo, ni reemplazan el rol de la enfermera escolar. El SBHC está abierto durante las horas escolares para que los estudiantes y los padres no tengan que faltar a la escuela o al trabajo. Todos los servicios son gratuitos para los estudiantes (sin costo / honorarios para las familias), aunque los servicios facturables se enviarán directamente a su compañía de seguros. Todos los estudiantes menores de 18 años deben tener un formulario de permiso de los padres completado y firmado por el padre / tutor para recibir servicios en el SBHC. Se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud en áreas de servicio específicas de acuerdo con la ley, y se alentará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica.

Los SBHC están compuestos por un equipo de profesionales con licencia que incluyen un proveedor médico (enfermera practicante o asistente físico), un trabajador social y un asistente médico. El proveedor de atención médica ofrece servicios médicos preventivos, como vacunas, exámenes físicos, exámenes físicos para deportes, visitas de atención aguda para diagnosticar, tratar y hacer un seguimiento de una enfermedad o lesión. El trabajador social proporciona evaluaciones, consejería individual / grupal / familiar, grupos de apoyo estudiantil, intervención en crisis y terapia a corto / largo plazo, según sea necesario. Todos los proveedores de SBHC trabajan en estrecha colaboración con los proveedores de la comunidad, la enfermera de la escuela y el personal de la escuela para garantizar que los estudiantes reciban la atención que necesitan en la escuela ó a través de los servicios de apoyo de la comunidad. PARA INSCRIBIRSE EN ESTOS SERVICIOS, POR FAVOR LLENE UN PAQUETE COMPLETO Y FIRME UNO PARA CADA ESTUDIANTE.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono celular del paciente: _____ Correo electrónico del paciente: _____
Sexo: Femenino Masculino Otro Número de Seguro Social del paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal _____
Etnia del paciente: Hispano / latino No Hispano / latino
Raza del paciente: Negro / afroamericano Blanco Americano indio o nativo de Alaska Asiático Otro Desconocido
Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____
Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____
Nombre / Dirección de Farmacia Preferida: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR:

Nombre del padre / tutor: _____ Relación: _____
Teléfono celular de los padres: _____ Teléfono de la casa de los padres: _____ Teléfono de trabajo de los padre: _____
Correo electrónico de los padres: _____ Idioma preferido: _____ ¿Necesita un intérprete?
Padres: Casados Divorciados Separados Madre fallecida Padre fallecido Soltero/a
¿Quién vive con el estudiante? Madre Padre Madrastra / Padrastro Hermanas Hermanos Otros: _____
CONTACTO DE EMERGENCIA (indique el nombre de 2 adultos para notificar en caso de emergencia si los padres no están disponibles)
Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL ESTUDIANTE:

Tipo de seguro de salud: Medicaid HUSKY A HUSKY B Privado / comercial Dental No seguro
MEDICAID O SEGURO HUSKY: N° de identificación: _____ Nombre del plan de salud de atención administrada _____
SEGURO COMERCIAL / PRIVADO: Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de identificación: _____
Dirección de la compañía de seguros (en la parte posterior de la tarjeta): _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el paciente _____
Nombre y dirección del empleador del titular de la póliza: _____
Ocupación del titular de la póliza: _____ Titular de la póliza N° del Seguro Social: _____

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE:

Por favor conteste cada pregunta y si la respuesta es "Sí" explique al lado:

1. Alergia a los alimentos o medicamentos: _____
2. Nombre de los medicamentos que toma regularmente: _____
3. Condiciones crónicas de salud, como asma, diabetes, depresión: _____
4. Hospitalización, cirugía o enfermedad grave: _____
5. Lesiones o accidentes significativos: _____
6. ¿Algún problema de visión / audición / dentales o del habla? _____
7. ¿El paciente ha sido referido alguna vez para consejería? _____
8. ¿Tiene el paciente algún problema emocional, social o de comportamiento obvios? _____
9. ¿Tiene el paciente problemas de asistencia escolar? _____
10. ¿Ha experimentado el paciente un evento de estrés importante en el último año, como una mudanza, pérdida o enfermedad de un ser querido, acoso escolar, violencia? _____
11. ¿Tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la salud del paciente?

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR DISPONIBLES PARA ESTUDIANTES INSCRITOS:

- Exámenes físicos de la escuela/exámenes físicos para el deporte
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades/lesiones menores
- Tratamiento del asma, anemia, acné y otros problemas de salud
- Nutrición y asesoramiento sobre el peso
- Referencia para atención especializada
- Vacunas
- Consejería de salud mental individualizada y grupal
- Grupos de apoyo orientados a problemas
- Intervención de crisis
- Educación, asesoramiento y pruebas de VIH/SIDA/ETS
- Prevención del VIH/ETS (incluida la disponibilidad de condones)
- Pruebas de embarazo
- Educación sobre abuso de sustancias / Asesoramiento

PERMISO DE LOS PADRES:

He leído los materiales que se me proporcionaron con respecto a los servicios del Centro de Salud Escolar y le doy permiso al estudiante mencionado anteriormente para que use los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar mientras esté inscrito en la Escuela Pública de Hamden. Como padre / tutor de lo anterior, entiendo que puedo revocar el permiso en cualquier momento por cualquier motivo y que puedo agregar o restar de los servicios que no deseo que reciba mi hijo informando al Centro de salud en la escuela escribiendo que deseo retirar o cambiar mi permiso / instrucciones. Le doy permiso al personal de SBHC para comunicarse con el personal clave de la escuela si es necesario, para facilitar la gestión de casos de calidad. Además, doy permiso a la SBHC para divulgar información sobre el tratamiento y / o servicios a los proveedores de seguros anteriores para fines de facturación. Autorizo que los pagos se realicen directamente a la agencia que presta servicios. También reconozco del recibo del Aviso de Privacidad de SBHC.

Firma del padre / tutor

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

La protección de su privacidad es importante para nosotros. Lea sobre sus derechos de privacidad de información de salud como paciente dentro de este aviso. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Para obtener más información, póngase en contacto:

Deirdre Moody, Oficial de Privacidad

Cornell Scott-Hill Health Corporation, 400 Columbus Avenue, New Haven, CT 06519

203-503-3153

¿Quiénes somos? Este aviso describe las prácticas de privacidad de la Corporación Cornell Scott-Hill Health (CS-HHC), que incluyen la práctica de privacidad de:

- todos nuestros médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud autorizados para ingresar información sobre usted en su registro médico
- todos nuestros departamentos, incluidos nuestros registros médicos y departamentos de facturación
- todos nuestros centros de salud, programas de extensión, centros de atención al paciente o programas operados por CS-HHC
- todos nuestros empleados, personal, voluntarios y otro personal que trabaja para nosotros o en nuestro nombre.

Nuestro compromiso: entendemos que la información médica sobre usted y la atención médica que recibe es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal. Cuando recibe tratamiento y otros servicios de atención médica de nuestra parte, creamos un registro de los servicios que recibió. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos nuestros registros y sobre su atención médica, ya sea realizada por nuestros profesionales de la salud u otras personas que trabajan en esta oficina, y le informa sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica personal. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la información de salud que conservamos sobre usted y las obligaciones que tenemos cuando usamos y divulgamos su información de salud.

Estamos obligados por ley a:

- asegúrese de que la información de salud que lo identifica se mantenga privada
- entregarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud personal
- notificar a las personas afectadas después de una violación de información médica protegida no segura
- siga los términos de la notificación actualmente vigente para toda su información médica personal.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

Podemos usar y divulgar su información personal de salud para estos fines:

Tratamiento: Para brindarle tratamiento o servicios de atención médica. Podemos divulgar su información médica a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otras personas involucradas en su cuidado. Pueden trabajar en el CS-HHC, en el hospital si lo hospitalizan bajo nuestra supervisión, o en el consultorio de otro médico, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica a quien podamos recomendarle tratamiento, consultas, radiografías, pruebas de laboratorio. Pruebas, recetas u otros servicios de salud. También pueden incluir médicos y otros profesionales de la salud que trabajan en CS-HHC o en otros lugares que consultan su atención. Por ejemplo, podemos divulgarlo a un médico de la sala de emergencias que lo está tratando por una fractura en la pierna que tiene diabetes, ya que la diabetes puede afectar el proceso de curación de su cuerpo.

Pago: para facturar y cobrar el pago para usted, su compañía de seguros, incluidos Medicare y Medicaid, u otro tercero que pueda estar disponible para reembolsarnos por parte o por toda su atención médica, también podemos divulgar su información médica a otra persona. proveedores de atención médica o a su plan de salud para que puedan acordar el pago relacionado con su atención. Por ejemplo, si tiene seguro de salud, es posible que debamos compartir información sobre su visita al consultorio con su plan de salud para pagarnos o reembolsarle la visita. También podemos informarle a su plan de salud sobre el tratamiento que necesita para obtener la aprobación previa de su plan de salud o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Operaciones: Para nuestras operaciones diarias, podemos divulgar información sobre usted a otros proveedores de atención médica involucrados en su atención o a su plan de salud para usar en sus operaciones diarias. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar el CS-HHC y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para ayudar a otros proveedores y planes de salud a que también lo hagan. Por ejemplo, podemos usar información de salud para revisar los servicios que brindamos y evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brindamos. También podemos combinar la información de salud de nuestros pacientes con la información de salud de otros proveedores de atención médica para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer el CS-HHC, qué servicios no son necesarios, si los nuevos tratamientos son efectivos o comparar cómo lo estamos haciendo en comparación con Otros y para ver dónde hacer mejoras. Podemos eliminar la información que lo identifica de este conjunto de información de salud para que otros puedan usarla para estudiar la prestación de atención médica sin saber quiénes son nuestros pacientes.

Recordatorios de citas: Para contactarlo como recordatorio de que tiene una cita. A menos que nos indique lo contrario, podemos enviarle recordatorios por correo, mensaje de texto, correo electrónico o llamada telefónica (incluido el correo de voz).

Servicios relacionados con la salud y alternativas de tratamiento: para informarle sobre los servicios relacionados con la salud o las opciones de tratamiento recomendadas o alternativas que puedan ser de su interés. Háganos saber si no desea que nos comuniquemos con usted con esta información o si desea que usemos una dirección diferente cuando le enviemos esta información.

Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención: a menos que usted nos indique lo contrario, podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica o a la persona que ayuda a pagar su atención con una autorización por escrito. En situaciones de emergencia o autorizadas por la ley.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro medicamento para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad del paciente.

Antes de que usemos o divulguemos información de salud para investigación, el proyecto se aprobará a través de este proceso de aprobación especial, aunque divulguemos información de salud sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación. Por ejemplo, podemos ayudar a los posibles investigadores a buscar pacientes con necesidades de salud específicas, siempre y cuando la información de salud que revisen no salga de nuestras instalaciones. Siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o quién participará en su atención.

Donación de órganos o tejidos: Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o al trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Según lo exija la ley: cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su seguridad o la salud y la seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier revelación será solo para alguien que pueda ayudar a la amenaza inminente.

Militares y veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o está separado / dado de baja de los servicios militares, podemos divulgar información médica según lo exijan las autoridades del comando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos, según corresponda. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

Compensación para trabajadores: Para la compensación para trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de seguridad y salud pública:

Estas actividades generalmente incluyen:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Informar sobre nacimientos y defunciones.
- denunciar el maltrato o negligencia infantil
- Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- Notificar a las personas sobre el retiro de productos.
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección
- para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso o negligencia. Solo haremos esta divulgación cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Abuso, negligencia o violencia doméstica: podemos notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que usted ha sido víctima de abuso o negligencia. Solo haremos esta divulgación cuando sea requerido o autorizado por la ley o si usted acepta la divulgación.

Actividades de supervisión de la salud: para actividades autorizadas por la ley, que incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Juicios y disputas: En respuesta a una orden judicial o administrativa, en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal que no esté acompañado por una orden judicial o administrativa, pero solo si se han hecho esfuerzos para obtener una orden para proteger la información solicitada, o usted ha otorgado una autorización por escrito a la persona que solicita la información.

Aplicación de la ley: si así lo solicitan los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden de registro válida o proceso similar
- sobre conducta criminal en el CS-HHC
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o la víctima o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores de salud y directores de funerarias: Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Además, los directores de funerarias pueden necesitar información para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia: A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros: A los funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefe de estado extranjero o para realizar investigaciones especiales.

Registros psiquiátricos y comunicaciones: En el caso de que la información divulgada constituya comunicaciones privilegiadas entre pacientes psiquiátricos, la confidencialidad de este registro se requiere según el capítulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin una autorización por escrito según lo dispuesto en los estatutos antes mencionados.

Registros de abuso de drogas y alcohol: en el caso de que la información esté protegida por la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas. Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenezca o la otra forma permitida por 42 CFR Parte 2 permita una divulgación adicional. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. La información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Información relacionada con el VIH: en el caso de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con el VIH protegida por la ley de Connecticut. Esta información le ha sido revelada a usted a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe realizar cualquier divulgación posterior sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley estatal. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

Divulgaciones donde se requiera autorización: Excepto en la medida en que lo permita la ley, se requiere su autorización antes de cualquier divulgación de información personal de salud para fines de mercadeo o ventas o antes de cualquier divulgación de notas de psicoterapia.

TUS DERECHOS:

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud personal. Esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y cómo ejercerlos:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información personal de salud en sus registros médicos y de facturación, o en cualquier grupo de registros que mantengamos y utilicemos para tomar decisiones de atención médica sobre usted.

Para inspeccionar y copiar su información médica personal, debe enviar su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Si solicita una copia de la información, es posible que cobremos una tarifa por los costos de copiado y envío, y por cualquier otro costo asociado con su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si su solicitud es denegada, puede solicitar que se revise la denegación. Designaremos a un profesional de atención médica con licencia para que revise nuestra decisión de rechazar su solicitud. La persona que realiza la revisión no será la misma persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a enmendar: Si considera que la información de salud que mantenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda para cualquier información que mantenemos sobre usted. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud de enmienda.

Podemos rechazar su solicitud de una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- no fue creado por nosotros, a menos que la persona u organización que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
- no es parte de la información de salud mantenida por o para Cornell Scott-Hill Health Corp.
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar, o
- Creemos que es precisa y completa.

Cualquier modificación que hagamos a su información de salud se divulgará a los profesionales de la salud que participan en su atención y a otras personas para que realicen pagos y operaciones de atención médica, como se describió anteriormente en este aviso.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud que hicimos.

Cualquier contabilidad no incluirá todas las divulgaciones que hagamos. Por ejemplo, una contabilidad no incluirá revelaciones:

- conforme a su autorización escrita
- a un miembro de la familia, otro pariente o amigo personal involucrado en su atención o el pago de su atención cuando nos haya dado permiso para hacerlo
- a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley

Para solicitar un informe de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser más de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo. Le enviaremos por correo una lista de las divulgaciones en papel dentro de los 30 días posteriores a su solicitud, o le notificaremos si no podemos proporcionar la lista dentro de ese período de tiempo y en qué fecha podemos proporcionarla. Esta fecha no excederá de 60 días a partir de la fecha en que realizó la solicitud.

Derecho a solicitar restricciones: tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite o una restricción en la información de salud que hemos sido autorizados previamente a divulgar sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre usted a un determinado médico u otro profesional de la salud, o que no divulguemos información a su cónyuge sobre cierta atención que recibió.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones si no es posible que cumplamos con su solicitud o si creemos que afectará negativamente nuestra capacidad para atenderlo. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Debemos aceptar su solicitud de limitar la divulgación de información médica protegida sobre usted a un plan de salud si la divulgación tiene el propósito de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica y, de otro modo, la ley no exige dicha información y la información médica protegida pertenece únicamente a artículo o servicio de atención médica por el cual usted o alguien que no sea el plan de salud nos ha pagado en su totalidad. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién quiere que se apliquen los límites.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de cierta manera. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo a una dirección específica.

Para solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera, debe hacer su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. No, le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Vamos a acomodar todas las solicitudes razonables.

Derecho a la notificación: Tiene derecho a notificar a este Centro si se ha violado su información médica personal.

Derecho de acceso directo a sus resultados de laboratorio: Usted tiene derecho a recibir una copia de cualquier resultado de laboratorio que le pertenezca.

Derecho a ser notificado de una violación de PHI no segura (información de salud protegida)

Derecho a optar por no recibir solicitudes de recaudación de fondos: tiene derecho a notificarnos si prefiere no recibir solicitudes de recaudación de fondos.

Derecho a restringir la atención de su bolsillo: tiene derecho a restringir que Medicare o su plan de seguro de salud privado le envíen o accedan a la información si paga su factura de su bolsillo y en su totalidad por los servicios prestados. Esta regla no se aplica a los pacientes de Medicaid.

Derecho a una copia en papel de este aviso: Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, solicítela a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.cornellscott.org.

Cambios a este Aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer efectivo el aviso modificado para toda la información de salud que mantenemos sobre usted, ya sea información que hayamos recibido previamente sobre usted o información que podamos recibir sobre usted en el futuro. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la última página. También le daremos una copia de nuestro aviso actual a solicitud. Cualquier aviso revisado también se puede obtener visitando nuestro sitio web: www.cornellscott.org.

Quejas: si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para los Derechos Civiles enviando una carta
200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-877-696-6775 o visitando
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Puede presentar una queja enviándonos una descripción por escrito de su queja o informándonos sobre su queja en persona o por teléfono:

Director de Información de Salud / Oficial de Privacidad: 203-503-3153

Centro de salud Cornell Scott-Hill • 400 Columbus Ave, New Haven, CT 06519

Describa lo que sucedió y dénos las fechas y los nombres de las personas involucradas. También háganos saber cómo contactarlo para que podamos responder a su queja. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida

Otros usos y divulgaciones de información de salud personal no cubiertos por este aviso o la ley aplicable se harán solo con su autorización por escrito. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información personal de salud, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica personal por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos recuperar ningún uso y divulgación que ya hayamos hecho con su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

El Centro de Salud Cornell Scott-Hill (CS-HHC) se esfuerza continuamente por brindar el más alto estándar de atención posible. Para ayudarnos en nuestros esfuerzos para mejorar continuamente nuestros servicios, lo invitamos a informar a la administración de CS-HHC acerca de la calidad de la atención que ha recibido o la seguridad y limpieza de nuestras instalaciones. Para contactarnos por teléfono llame al **203-503-3153**.

Debido a que estamos acreditados por la Joint Commission, una agencia nacional de acreditación, puede comunicarse con ellos por escrito a:

One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois 60181 o por teléfono al (630) 792-5000.

Como centro de salud comunitario, es importante para nosotros conocer a la población que asistimos para proporcionar la mejor atención posible. Adicionalmente, esta información puede usarse para ayudar a identificar programas y servicios que puede calificar a una tarifa reducida. ¡Gracias anticipadas por completar este formulario y ayudarnos a continuar proporcionando una atención excelente!

Toda la información es confidencial.

¿Qué Categoría o Categorías describen mejor su raza?

- Negro/Afroamericano Amerindio/Nativo de Alaska Asiático Nativo hawaiano
 Otro de la Isla del Pacífico Blanco Más de una raza Prefiero no responder

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Habla inglés? Sí No

Idioma preferido: _____

¿Lee inglés? Sí No

¿Escribe en inglés? Sí No

Elegir origen étnico: **ver reverso**

Residencia:

- Residencia privada Vivienda pública Vivienda de Sección 8 Hogar de ancianos Hogar grupal
 Sin techo Refugio Calle Vivienda de otra persona Transitoria Vivienda temporal

¿Con qué religión se identificar más?

- Cristianismo Hinduismo Islam Judaísmo Otra Ninguna

¿Es usted un veterano? Sí No

¿Es un trabajador agrícola o trabajador migrante? Trabajador agrícola Trabajador migrante Ninguno

Orientación sexual

- Heterosexual (ni lesbiana ni gay) Lesbiana o gay Bisexual Algo más
 No lo sé Prefiero no divulgarlo

Identidad de género

- Masculino Femenino Transgénero masculino/femenino a masculino Transgénero femenino/masculino a femenino Otro Prefiero no divulgarlo

Tamaño de la familia (elija la categoría en la parte posterior): _____ Ingreso mensual: A / B / C / D / E

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente/tutor: _____

2022 Federal Poverty Level Guidelines¹

Family Size	Category A 0-100%	Category B >100%-125%	Category C >125%-150%	Category D >150%-175%	Category E >175%-200%
1 person	\$0-\$13,590	\$13,591-\$16,988	\$16,989-\$20,385	\$20,386-\$23,783	\$23,784-\$27,180
2 people	\$0-\$18,310	\$18,311-\$22,888	\$22,889-\$27,465	\$27,466-\$32,043	\$32,044-\$36,620
3 people	\$0-\$23,030	\$23,031-\$28,788	\$28,789-\$34,545	\$34,546-\$40,303	\$40,304-\$46,060
4 people	\$0-\$27,750	\$27,751-\$34,688	\$34,689-\$41,625	\$41,625-\$48,563	\$48,564-\$55,500
5 people	\$0-\$32,470	\$32,471-\$40,588	\$40,589-\$48,705	\$48,706-\$56,823	\$56,824-\$64,940
6 people	\$0-\$37,190	\$37,191-\$46,488	\$46,489-\$55,785	\$55,786-\$65,083	\$65,084-\$74,380
7 people	\$0-\$41,910	\$41,911-\$52,388	\$52,389-\$62,865	\$62,866-\$73,343	\$73,344-\$83,820
8 people	\$0-\$46,630	\$46,631-\$58,288	\$58,289-\$69,945	\$69,946-\$81,603	\$81,604-\$93,260
Each additional person add	\$4,720	\$5,900	\$7,080	\$8,260	\$9,440

Please circle ethnic background:

African
 African American
 Alaska Native
 American Indian or Alaska Native Not Listed Here
 Arab
 Argentinian
 Asian Indian
 Asian Not Listed Here
 Bangladeshi
 Black or African American Not Listed Here
 Burmese
 Cambodian
 Cherokee
 Chilean
 Chinese
 Columbian
 Cuban
 Dominican/Black
 Dominican/Hispanic
 Ecuadorian
 Ethnic Background Not Listed
 European
 Filipino
 Guatemalan
 Guatemalan or Chamorro
 Haitian
 Hispanic or Latina/o/x Ethnicity or Spanish Origin Not Listed Here
 Hmong
 Honduran
 I Do Not Know
 Indonesian

Iroquois
 Jamaican
 Japanese
 Korean
 Laotian
 Malaysian
 Mashantucket Pequot
 Mexican, Mexican American, Chicano/a
 Middle Eastern or Northern African
 Mohegan
 Native Hawaiian
 Nepalese
 Nicaraguan
 Pacific Islander Not Listed Here
 Pakistani
 Panamanian
 Peruvian
 Portuguese
 Prefer Not To Share
 Puerto Rican
 Salvadorian
 Samoan
 Spaniard
 Spanish
 Sri Lankan
 Taiwanese
 Thai
 Uruguayan
 Venezuelan
 Vietnamese
 West Indian
 White Not Listed Here



Cornell Scott
Hill Health
Center

Formulario de Permiso de los padres para servicios dentales

Estimado Padre/Tutor,

Nos complace anunciar que ahora estamos ofreciendo servicios dentales a los estudiantes en la escuela de su hijo.

Un dentista proporcionará estos servicios durante el horario escolar:

- Exámenes dentales / exámenes en toda la escuela
- Selladores
- Instrucción y educación sobre salud oral
- Profilaxis (limpiezas)
- Radiografías (rayos X)
- Referencias realizadas para otros servicios (empastes, extracciones)
- Tratamientos fluorados
- Evaluación y referencias para condiciones sin cita previa

Por favor, rellene la siguiente información y devuelva este formulario al centro de salud escolar de su hijo, si desea que su hijo sea elegible para estos servicios. Facturaremos a su compañía de seguros como lo hacemos por cualquier servicio de SHC sin costo para usted.

INFORMACIÓN PERSONAL, MÉDICA Y DE FACTURACIÓN	
Nombre completo del niño	
La fecha de nacimiento:	
HUSKY/Medicaid# del niño:	
El teléfono:	
¿Tiene su hijo un dentista regular?	Sí NO
En caso afirmativo, nombre y número de teléfono del dentista:	
Haga una lista de los medicamentos que su hijo tome: _____	
Las alergias	Sí NO
Afección cardíaca o soplo cardíaco	Sí NO
La convulsión	Sí NO
Problemas con el sangrado	Sí NO
Cualquier otro problema médico que no aparezca en la lista	Sí NO
Por favor, describa cualquier respuesta afirmativa arriba: _____	
Nombre completo del padre/tutor:	
Otro seguro dental:	
Nombre del asegurado:	
La póliza #:	

Por favor, rellene un formulario por niño.

SI NO desea que su hijo reciba ninguno de los servicios enumerados anteriormente, indíquelos aquí:

PERMISO PARA EL TRATAMIENTO

Usted tiene mi permiso para realizar cualquier tratamiento dental necesario en la parte superior de este formulario. Se me notificará si mi hijo necesita tratamiento dental adicional que no esté disponible en la escuela de mi hijo. Doy permiso para que el dentista use anestesia local si es necesario para adormecer el diente. También doy permiso para divulgar información sobre el tratamiento y / o servicios a los proveedores de seguros con el fin de facturar y autorizo que los pagos se realicen directamente a CSHHC.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE MOLDE: _____ RELACIÓN CON EL NIÑO: _____