

(Por favor imprima nombre de la escuela)

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nac.: _____ No. De Seguro Social del estudiante: _____

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Raza/Grupo Étnico: _____

Grado Escolar (circule uno): 6 7 8 9 10 11 12

Padre/Tutor: _____ Relación con el/la Estudiante: _____

Teléf. De preferencia: (T) _____ (H) _____ (C) _____

Correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia

¿Desea usar el contacto de emergencia dado en el expediente escolar para recibir información de su estudiante en el evento que no podamos localizarle a usted? ☐ SI ☐ No **Si NO, por favor enumere contactos de emergencia:**

Contacto de Emergencia o persona que puede recibir información sobre su niño/a si no podemos contactarle a usted,

Nombre	Teléfono	Relación con el/la estudiante
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Información de la Salud del Estudiante

Alergias a Medicinas: ☐ Si ☐ No Si, indique _____

Alergias a Comida: ☐ Si ☐ No Si, Indique _____

Ha tenido actualmente o en los últimos 2 años:

☐ Alergias/al polen	☐ Ansiedad	☐ Asma	☐ Depresión
☐ Diabetes	☐ Epilepsia	☐ Acidez estomacal	☐ Anemia Sickle Cell
☐ NINGUNO	☐ Other: _____		

Medicamentos Actuales:

1. _____
2. _____
3. _____

Cirugías (tipo/año)

1. _____
2. _____
3. _____

Otro _____

Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____

Nombre de Farmacia: _____ Telefono: _____

Tipo de ☐ Privado (nombre) _____ ¿El estudiante es activo en Deporte Escolar o Club?

Seguro ☐ Medocp : ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Sin seguro Si ☐ No ☐

Autorización para Servicios e Información HIPPA

Declaración de Autorización: Yo, el padre/tutor del mencionado/a estudiante, doy consentimiento para que mi niño/a reciba servicios en el SBHC. Yo entiendo que esta forma de autorización será válida hasta que mi niño/a deje /gradúe de la escuela o hasta que yo provea al personal del Centro con instrucciones por escrito de lo contrario.

Toda la información de la salud es confidencial. Al firmar la forma de autorización, usted está dando autorización a la enfermera escolar de SBHC, y el medico regular de su niño/a (si se aplica), a comunicarse y compartir información médica en relación a la condición médica de su niño/a conforme sea necesario con el entendimiento que esta información continuara siendo tratada en forma confidencial. No se le negara acceso a servicios del cuidado de la salud a ningún estudiante debido a su inhabilidad de pagar. Como en cualquier centro de salud, podrá haber un cargo dependiendo en el servicio provisto. Cuando sean disponibles, se le cobrara al seguro o Medicaid. El centro de salud puede divulgar información en relación con el tratamiento a pagares terceras partes para propósitos de cobro. **Si su niño/a va a North Central Middle School, usted tambien le esta dando permiso al personal de SBHC a transportar a su niño/a de North Central Middle School al SBHC en NCHS.**

Confidencialidad entre el estudiante, pares y el centro de salud es asegurado. De acuerdo con leyes estatal y federales, alguna información requiere la autorización firmada del estudiante antes de ser divulgada a alguien, incluyendo padres/tutores. El personal sugiere a cada estudiante a que haga a sus padres/tutores partícipes de decisiones en el cuidado de la salud.

Yo soy el tutor legal del niño/a mencionada arriba. Yo entiendo que si la custodia cambia, se debe firmar una nueva autorización por el tutor legal. Tambien entiendo que al otorgar un contacto alternativo, si yo no puedo ser localizado, información medica en relación al niño/a arriba mencionado será compartida entre el proveedor medico y el contacto alternativo. Cualquier información de la salud y contactos de emergencia pueden ser obtenidos del distrito escolar para el propósito de tratamiento medico o farmacia.

Divulgación de Información: Para proveer al médico y/o cuidado mental de mi niño/a conforme sea provisto por **consejeros del SBHC, de la Escuela de Psicología de USC y el Distrito Escolar del Condado de Kershaw(RBHS)**, yo autorizo a la escuela de mi niño/a o proveedor de la salud y farmacia a discutir, y/o entregar el contenido del expediente completo de la salud de mi niño/a **a los consejeros de SBHC, la Escuela de Psicología de USC y el Distrito Escolar del Condado de Kershaw**, incluyendo expedientes relacionados con cuidado de la salud mental y enfermedades comunicables para el propósito de proveer continuidad del cuidado. Esta información médica puede ser usada por los **consejeros de la Escuela de Psicología de USC y el Distrito Escolar del Condado de Kershaw (RBHS)** para tratamientos médicos o consulta, o cobranza u otros propósitos que sean necesarios para atender apropiadamente las necesidades medicas de mi niño/a. Yo entiendo que estas diferentes entidades están colaborando unas con otras para proveer el mejor cuidado posible para mi niño/a en SBHC y es importante que estas entidades compartan la información medica privada de mi niño/a entre ellos para proveer este cuidado. La información tambien puede ser usada para evaluar resultados ante entidades de donación.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Esta divulgación de información permanecerá en efecto hasta que sea terminada por mí por escrito. .

Divulgación HIPAA: El Acta de Portabilidad del Seguro de la Salud y Responsabilidad, tambien conocida como HIPAA fue creada en 1996 por el Congreso de los Estados Unidos para proteger la privacidad de su información de la salud. El acta prohíbe que su proveedor de la salud divulgue o discuta cualquier aspecto de su salud e información médica con nadie que no esté directamente involucrado con su cuidado. El personal de CHS-SBHC esta comprometido a asegurar que su niño/a reciba cuidado apropiado y su información sea protegida.

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha

----- Iniciales Indicando que he recibido una copia de la Declaración de Privacidad de CMC

**Clinica Medica Comunitaria del Condado de Kershaw
Post Office Box 217
Camden, SC 29021**

Actualizado 09/10/2018

Revisado 05/31/2019

Declaración de Privacidad



Revised 5/30/2019

COMMUNITY MEDICAL CLINIC

Esta información, describe cómo se puede utilizar y divulgar la información medica de usted y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

NUESTRO JURAMENTO EN RELACION A INFORMACION DE LA SALUD

Entendemos que información sobre usted o su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de la salud. Crearemos un expediente del cuidado y servicios que recibe en la Clínica Medica Comunitaria del Condado de Kershaw (CMC). Requerimos ese expediente para brindarle cuidado de calidad y cumplir con ciertos requerimientos legales. Este aviso aplica a todos los expedientes en su cuidado generados por CMC. Este aviso le informa de las formas en que podemos divulgar su información de la salud. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación al uso y divulgación de información de la salud.

Estamos requeridos por ley a:

1. Asegurar que información de la salud que lo identifique a usted permanezca privada.
2. Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de la salud. .
3. Seguir los términos del aviso actualmente vigente.

COMO PODEMOS DIVULGAR SU INFORMACION DE LA SALUD:

Las siguientes categorías describen diferentes formas como podemos usar y divulgar su información de la salud. Para cada categoría de uso o divulgación, le explicaremos lo que significa y daremos ejemplos. No se enumeran todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo todas las formas se nos permite usar y divulgar información caen dentro de por lo menos una de las categorías.

Para Tratamiento. Podemos usar su información de la salud para proveerle un tratamiento médico o servicios. Podemos divulgar su información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos u otro personal de CMC quienes están involucrados en su cuidado. También divulgaremos su información a personas fuera de CMC para proveer servicios que son parte de su cuidado médico.

Prueba del VIH & SIDA. Si se le hace la prueba del VIH o SIDA, nosotros no divulgaremos información sobre los resultados de su prueba o tratamiento, excepto en las siguientes circunstancias:

1. Usted nos autoriza a divulgar la información.
2. Somos requeridos o permitidos por ley divulgar la información.
3. Orden de la corte o de comparecer requiere que divulguemos esta información.

Para funciones del Cuidado de la Salud. Podemos usar y divulgar su información de la salud para funciones del cuidado de la salud. Esto es necesario para el funcionamiento de CMC y dar cuidado de calidad a nuestros pacientes. Por ejemplo usaremos información de la salud para revisar nuestros tratamientos y servicios y evaluar el servicio de nuestro personal en su cuidado. También Podemos combinar información de la salud de muchos pacientes de CMC para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cuales servicios no son necesarios, y si ciertos nuevos tratamientos son efectivos. También divulgaremos información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y otro personal para propósitos de revisión y aprendizaje.

Recordatorio de Citas. Nosotros Podemos usar y divulgar información de la salud al contactarlo recordándole su cita para tratamiento o cuidado médico en CMC.

Individuos Involucrados en su Cuidado. Nosotros Podemos divulgar su información de la salud a un miembro de la familia, otro familiar, pariente, amigo personal, o cualquier otra persona que esté involucrada en su cuidado.

Prevención de Amenazas serias a la salud. Nosotros podemos usar y divulgar su información de la salud en caso necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o del publico u otra persona. Cualquier divulgación sera solo a alguien capaz de ayudar a prevenir o reducir la amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES

Riesgos de Salud Pública. Nosotros Podemos divulgar su información de la salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

1. Prevenir o control de enfermedad, lesión incapacidad.
2. Reportar nacimientos y defunciones.
3. Reportar abuso o negligencia infantil.
4. Reportar reaccion a medicamentos o problemas con productos.
5. Notificar a una persona que pude haber sido expuesta a una enfermedad o riesgo de contraer o dispersar una enfermedad o condición.
6. Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si consideramos que un paciente adulto a sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos si usted esta de acuerdo o si es requerido o autorizado por la ley.

Actividades de Supervisión de la Salud. Nosotros Podemos divulgar su información de la salud a agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, auditorias, investigaciones, inspecciones y licencia. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el Sistema de cuidado de la salud, programas de gobierno, y cumplimiento con leyes de derechos civiles. .

Demandas y Disputas. Si usted esta involucrado en una demanda o disputa, nosotros podemos divulgar su información de la salud en respuesta a una orden de la corte o administrativa. También podemos divulgar su información de la salud en respuesta a una orden de comparecer, investigación u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa..

La Ley. Podemos divulgar información de la salud si se nos pide por un oficial de la ley:

1. En respuesta a orden de la corte o comparecer, cateos, o procesos similares.
2. Para localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo, o persona extraviada.
3. Sobre la víctima de un crimen si bajo ciertas circunstancias limitadas no podemos obtener el acuerdo de la persona.
4. Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal.
5. Sobre conducta criminal en CMC.
6. En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, localización del crimen o víctima, identidad, descripción o ubicación de las personas que cometieron el crimen.

Forenses, Examinadores Médicos y Directores Funerarios. Divulgaremos información de la salud a forenses o examinador médico. Esto es necesario por ejemplo para identificar al fallecido/a o determinar la causa de muerte. También divulgaremos información a directores funerarios conforme sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Podemos divulgar su información de la salud a oficiales federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizados por la ley. También podemos divulgar su información de la salud a oficiales federales autorizados para que den protección al Presidente; otras personas autorizadas o líderes extranjeros u otras investigaciones especiales de estado

Análisis Sanguíneo. Mientras que usted esta recibiendo cuidado, un trabajador de la salud puede estar expuesto accidentalmente a sangre u otros fluidos corporales. Si esto ocurre, su sangre será analizada para ciertas enfermedades (por ejemplo VIH, Hepatitis B y C). Estas pruebas son necesarias para ayudar a proteger al trabajador de la salud. Los resultados de estos análisis serán parte de su expediente médico y no serán divulgados excepto con su previo consentimiento o conforme es requerido y permitido por la ley.

OTROS USOS DE INFORMACION DE LA SALUD

Otros usos de la información de la salud no cubiertos en este aviso o las leyes que se nos aplican, serán hechos solo con su autorización por escrito.

Si usted nos da permiso de divulgar su información de la salud usted puede revocar ese permiso por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso nosotros no podemos divulgar o usar más su información de la salud por las razones cubiertas por su autorización escrita.

Usted entiendo que no podemos recuperar cualquier divulgación que hubiésemos hecho con su permiso. Estamos obligados a mantener expedientes del cuidado que nosotros le hemos brindado.

SUS DERECHOS EN RELACION A SU INFORMACION DE LA SALUD Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información de su salud que mantenemos.

Derecho a Inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copia de la información de la salud que puede ser usada para hacer decisiones sobre su cuidado. Usualmente esto incluye expedientes medicos pero puede no incluir notas

de psicoterapia o psiquiatría /abuso de sustancias. Para inspeccionar y copiar información de la salud que puede ser usada para hacer decisiones a cerca de usted, usted debe presentar su requisito por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Nosotros responderemos dentro de 30 días de haber recibido su requisito por escrito.

Nosotros podemos negar su requisito a inspeccionar y/o obtener una copia de su información de la salud en circunstancias limitadas. Si se le ha negado acceso a información de la salud, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Otro profesional de la salud certificado, elegido por la Clínica revisara su requisito y la negación. La persona que llevará a cabo la revisión no será la persona que le negó su requisito. Nosotros cumpliremos con los resultados de la revisión.

Derecho a pedir **una** corrección su usted considera que la información de la salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, Usted tiene el derecho a hacer una corrección siempre y cuando la información es retenida por o para CMC. Solicite una corrección por escrito al Director Médico , Community Medical Clinic of Kershaw County, PO Box 217 Camden, SC 29021. Responderemos en 60 días de recibir su solicitud por escrito.

Podemos negar su solicitud de corrección si no se hace por escrito no incluye la razón para apoyar su solicitud. Además, podemos negar su solicitud si usted pide que se corrija información que:

1. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la información ya no está disponible para hacer la corrección
2. No es parte de la información de la salud mantenida poro para CMC.
3. No es parte de la información la cual usted está permitido inspeccionar y copiar.
4. Es precisa y completa.

Derecho a solicitar un Registro de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar "registro de divulgaciones" Esta es una lista de las divulgaciones hechas en relación con su información de la salud, pero no incluye divulgaciones hechas para tratamiento para funciones de cuidado de la salud, o para propósitos o divulgaciones específicamente autorizadas por usted.

Para solicitar este Registro de Divulgaciones, usted debe enviar su solicitud por escrito al Director Médico, Community Medical Clinic of Kershaw County, P Box 217, Camden, SC 29020. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo el cual no debe ser mayor de 6 años. La primera lista que solicite por un periodo de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, le podemos cobrar por el costo de proveerle la lista. Le notificaremos de este costo y a ese punto, usted puede

elegir cancelar o modificar su solicitud antes de incurrir en cualquier cargo. Nosotros responderemos en 60 días de haber recibido su solicitud. La lista incluirá la fecha de divulgación, a quien se le divulgo información de la salud (incluyendo dirección, si se conoce), una descripción de la información divulgada, y la razón de la divulgación.

Derecho a Restricciones. Usted tiene el derecho a pedir restricciones o limite de la información que usamos o divulgamos sobre su tratamiento, pagou opciones de cuidado de la salud. Usted tambien tiene el derecho a pedir un limite de la información de la salud que divulgamos a cerca de usted a alguien involucrado en su cuidado como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía que usted tuvo. Para pedir restricciones, usted debe hacerlo por escrito. En su solicitud usted debe decirnos: **(1) Que** información desea que sea limitada. (2) Si usted desea limitar el uso, divulgación o ambos; y (3) A quien desea usted que se aplique la limitación. Por ejemplo a su conyugue. .

No se requiere que estemos de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Usted no puede limitar usos y divulgaciones que son legalmente requeridas o permitidas de hacer.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en cierta forma o lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o su casa. Para solicitar comunicaciones confidenciales usted debe hacer una solicitud por escrito al Director Médico , Community Medical Clinic of Kershaw County PO Box 217, Camden, SC 29021. No le preguntaremos su razón de la solicitud. Su solicitud debe especificar como o donde usted desea ser contactado.

Derecho a Una Copia Impresa de esta Notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede obtener una copia de esta notificación en cualquier momento en la Clínica.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION

Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación. Nos reservamos el derecho de hacer vigente la notificación de información de la salud revisada o corregida. Información de la salud sobre usted que ya tengamos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. La notificación contendrá la fecha efectiva en la primera página. Usted puede ver la notificación vigente en la Clínica.

QUEJAS

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con la Clínica. Si usted tiene preguntas sobre esta notificación o quejas sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Director Médico a: Community Medical Clinic of Kershaw County, PO Box 217, Camden, SC 29021. Usted no será penalizado por presentar una queja. Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/