



CENTRO MÉDICO ESCOLAR

Estimado Padre/Tutor,

Keys AHEC se enorgullece de anunciar la capacidad de proporcionar un Centro Médico de Atención Primaria Escolar en 8 sitios seleccionados de las Escuelas Públicas del Condado de Monroe.

Los **CENTROS DE SALUD KEYS AHEC** ofrecerán servicios básicos de atención primaria que incluyen: exámenes físicos escolares y deportivos, manejo de enfermedades crónicas y recetas médicas. Todos estos servicios se brindan a los niños inscritos en las Escuelas Públicas del Condado de Monroe sin costo alguno. No hay tarifas ni co-pagos; sin embargo, Keys AHEC puede facturar a las compañías de seguros, cuando sea aplicable.

Todos los servicios requieren el consentimiento de los padres. Si desea que su hijo reciba servicios de salud clínica cuando los necesite, debe firmar el **Formulario de Consentimiento General para el Tratamiento Clínico**. Complete todas las secciones con la información solicitada. El consentimiento general para el tratamiento clínico debe estar firmado y fechado por el padre o tutor legal del niño. Si necesita ayuda para encontrar un médico de atención primaria, infórmele al equipo de salud de su escuela y un miembro del personal estará encantado de ayudarlo.

Es importante que devuelva completado y firmado el **Formulario de Consentimiento General para Tratamiento Clínico** a la escuela o al maestro del niño lo antes posible. Esto garantizará que su hijo pueda recibir los servicios cuando los necesite y sin demora.

Después de que la escuela reciba el **Formulario de Consentimiento General para Tratamiento Clínico** firmado, su hijo podrá recibir los servicios designados de atención médica proporcionados por los **CENTROS DE SALUD Keys AHEC**. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con la Oficina Administrativa de la Clínica Médica de la Escuela al: 305-743-7111 x 210.

Atentamente,

Michael Cunningham

Michael Cunningham
CEO Keys AHEC



Atención a nuestros pacientes asegurados

Si bien los centros de salud de Keys AHEC pueden facturar a su compañía de seguros, **NO hay deducibles, coaseguros, copagos o cargos similares ni ningún otro desembolso que se le requiera a usted como nuestro paciente.**

Sin embargo, en nombre de su compañía de seguros, usted puede recibir:

Una **explicación de los beneficios** (comúnmente conocida como formulario EOB), que es una declaración enviada por su compañía de seguro médico que explica qué tratamientos y/o servicios médicos se pagaron en su nombre.

También puede recibir información sobre su deducible, que es la cantidad que normalmente tendría que pagar de su bolsillo por los gastos antes de que su compañía de seguros cubra los costos restantes.

Porque Keys AHEC renuncia a todos los gastos de bolsillo

USTED NO ES RESPONSABLE DE ESTE O CUALQUIER OTRO CARGO.

Keys AHEC Health Centers

Información del Paciente/Patient information/Enfòmasyon sou Pasyan an:

Nombre del Paciente/Patient Information/Non Pasyan an		Fecha de Nacimiento/Date of Birth/Dat nesàn	
Sexo/Sex/Sèks: ☐ Hombre/Male/Gason ☐ Mujer/Female/Fi			
Dirección/Address/Adrès		Ciudad/City/Vil	
Código Postal/Zip/Kòd Postal		Correo electrónico/Email/Imel	
Teléfono de Casa /Home Phone/Telefòn Lakay		Teléfono Móvil/Cell Phone/Telefòn Selilè	
Num. de Seg. Social del Paciente/Patient's SSN/SSN Pasyan an		Raza/Race/Ras	
Escuela a la que Asiste/School Attending/Lekòl li		Etnicidad/Ethnicity/Etnisita	
Idioma principal/Idioma Principal/Lang Prensipal		Grado/Grade/Ane	

Información de los Padres-Tutor/Parent-Guardian information/Enfòmasyon sou Paran-Gadyen:

Madre/Mother/Manman	Teléfono/Phone/Telefòn
Padre/Father/Papa O	Teléfono/Phone/Telefòn
Tutor/Guardián/Gadyen Legal	Teléfono/Phone/Telefòn

Contacto de emergencia/Emergency Contact/Kontak Ijans	Teléfono/Phone/Telefòn
---	------------------------

Información del Seguro/ Insurance Information/ Enfòmasyon sou Asirans

Nombre del Seguro/Insurance Information/Non Asirans	☐ Medicaid
Poliza#/Policy#/Règleman #	☐ No tengo seguro. I have no insurance. Mwen pa gen asirans.
Grupo # / Grupo # / Gwoup #	
Nombre del Titular de la Póliza/Name of Policy Holder/Non Moun ki gen Asirans	

Necesito ayuda para obtener un seguro para mi hijo. I need assistance in obtaining insurance for my child. Mwen bezwen asistans pou jwenn asirans pou pitit mwen an.	☐ Sí/Yes/Wi ☐ No/Non
--	--

Keys AHEC Health Centers

Nombre del paciente/Patient's Name/Non Pasyan an	Fecha de nacimiento/Date of Birth/Dat Nesan

Nombre del médico de familia/Family Doctor Name/Non Dokte Fanmi ☐ Ninguno/None/Okenn

Historial médico/Medical History/Istwa Medikal	
Medicamentos actuales/Current Medications/Medikaman ak Sipleman:	☐ Ninguno/None/Okenn
Alergias y reacciones /Allergies and Reactions/Alèji ak Reyaksyon:	☐ Ninguno/None/Okenn
Cirugías/Surgeries/Operasyon:	☐ Ninguno/None/Okenn
Hospitalizaciones /Hospitalizations/Entène lopital:	☐ Ninguno/None/Okenn

Condiciones Médicas Crónicas/Chronic Medical Conditions/Kondisyon Medikal Kwonik:

(Marque todo lo que corresponda/Mark all that apply/Make Tout sa ki Aplike)

	Paciente Patient Pasyan	Padre MadreaPadre Paran	Abuelo/Abuela Grandparent Granparan
Alcoholismo/Alcoholism/Alkòl			
Asma/Asthma/Opresyon			
Cáncer/Cancer/Kansè			
Depresión/Depression/Depresión			
Diabetes/Dyabèt			
Infarto de Miocardio/Heart Attack/Atak Kè			
Enfermedad del Corazón/Heart Disease/Maladi Kè			
Soplo cardíaco/Heart Murmur/Bougonnen Kè			
Presión arterial alta/High Blood Pressure/Tasyon wo			
Colesterol alto/High Cholesterol/Kolestewòl wo			
Enfermedad del Riñon/Kidney Disease/Maladi Ren			
Convulsiones/Seizures/Kriz			
Enfermedad Drepanocito/Sickle Cell Disease/Maladi Drépanocytose			
Enfermedad de Tiroides/Thyroid Disease/Maladi Tiwoyid			
Tuberculosis/Tibèkiloz			
Otra/Other/Lòt: _____			
Otra/Other/Lòt: _____			

Keys AHEC Health Centers

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____ AUTORIZO a los CENTROS DE SALUD Keys AHEC para divulgar información sobre el tratamiento a terceros pagadores con el propósito de facturación. Con mi firma a continuación, certifico que entiendo el contenido y las especificaciones de este formulario, que he leído o me han leído.

Firma del Padre/Tutor/Paciente _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO CLÍNICO

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento y autorizo a los Centros de Salud de Keys AHEC, y a su personal médico, a llevar a cabo servicios clínicos y tratamientos al Estudiante mencionado anteriormente, incluidas las pruebas de laboratorio o el tratamiento que, a su juicio, se considere necesario.

Entiendo que los resultados de la información médica obtenida mientras mi hijo recibe tratamiento en el CENTRO DE SALUD son confidenciales y no se divulgarán a nadie sin mi permiso por escrito o una orden judicial como lo exigen las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que las leyes de Florida requieren que Keys AHEC proporcione al Departamento de Salud un informe de las personas diagnosticadas con enfermedades transmisibles. Por lo tanto, autorizo a Keys AHEC a informar al Departamento de Salud cada vez que a mi hijo se le diagnostique una enfermedad contagiosa. Además, entiendo que mi hijo y/o yo seremos notificados de dicho diagnóstico. Sin una notificación por escrito para cambiar mis preferencias relacionadas con el tratamiento de mi hijo, entiendo que este consentimiento vence en la fecha en que mi hijo ya no esté matriculado en la escuela.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de información médica según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica de Keys AHEC, incluido el proveedor del tratamiento, el garante de las cuentas o los terceros pagadores para los que he asignado beneficios o que de otra manera pueden reembolsar la prestación de servicios, y si se le solicita a mi médico de atención primaria o cualquier otro proveedor de atención médica para fines de continuidad de la atención.

Firma del Padre/Tutor/Paciente _____ Fecha: _____

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD KEYS AHEC

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la CLÍNICA MÉDICA ESCOLAR de Keys AHEC (consulte las 3 páginas adjuntas)

Firma del Padre/Tutor/Paciente _____ Fecha: _____

TUTORES

Yo, _____ soy pariente del niño _____ y estoy legalmente autorizado para firmar este documento.

Firma del tutor _____ Fecha: _____

Keys AHEC Health Centers



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica que se refiere a la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social y cualquier otro medio para identificarlo como una persona específica. La información de salud protegida contiene información específica que identifica a una persona o puede usarse para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un empleador o un centro de intercambio de información sobre atención médica. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de negocios anteriores. El Departamento de Salud utiliza esta información médica de muchas maneras mientras realiza actividades comerciales normales.

El Departamento de Salud puede utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de la salud utilizan la información médica en las clínicas o en el hospital para atenderle. Su información médica protegida se puede compartir, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica para la administración del caso y los servicios. La clínica u hospital del Departamento de Salud puede enviar la información médica a las compañías de seguros, Medicaid o agencias comunitarias para que paguen los servicios que se le brinden.*

Es posible que cierto personal del departamento utilice su información para mejorar las operaciones de atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Parte de la información médica protegida se puede divulgar sin su autorización por escrito, según lo permita la ley. Esas circunstancias incluyen:

- ☐ Reportar el abuso de niños, adultos o personas discapacitadas
- ☐ Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido
- ☐ Investigaciones y auditorías internas por parte de las divisiones, burós y oficinas del departamento
- ☐ Investigaciones y auditorías realizadas por el Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de Políticas de Programas y Responsabilidad Gubernamental de la legislatura
- ☐ Fines de salud pública, incluidas estadísticas vitales, notificación de enfermedades, vigilancia de la salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de los profesionales de la salud.
- ☐ Investigaciones del médico forense de distrito
- ☐ Investigación aprobada por el departamento
- ☐ Órdenes de la corte, órdenes judiciales o citaciones
- ☐ Fines de aplicación de la ley, investigaciones administrativas y procedimientos judiciales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requerirán su autorización por escrito. Esta autorización tendrá una fecha de expiración que usted puede revocar por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser con fines de marketing y de investigación, ciertos usos y divulgación de notas de psicoterapeutas y la venta de información médica protegida que resulte en una remuneración para el Departamento de Salud.

Keys AHEC Health Centers

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a solicitarle al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción. Sin embargo, en situaciones en las que usted o alguien en su nombre pague por un artículo o servicio en su totalidad, y usted solicite que la información sobre dicho artículo o servicio no se divulgue a una aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada.

Usted tiene derecho a estar seguro de que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y en la dirección o número de teléfono que seleccione. Se le puede pedir que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea su residencia donde pueda recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. Su inspección de información será supervisada en un momento y lugar señalados. Se le puede negar el acceso según lo especifica la ley. Si se niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de la salud autorizado no involucrado en la decisión de denegar el acceso. Este profesional de la salud autorizado será designado por el departamento.

Usted tiene derecho a corregir su información médica protegida. Su solicitud para corregir su información médica protegida debe ser por escrito y proporcionar una razón para respaldar la corrección solicitada. El Departamento de Salud puede rechazar su solicitud, en su totalidad o en parte, si encuentra que la información médica protegida:

- ☐ No fue creada por el departamento
- ☐ No es información de salud protegida
- ☐ No está disponible por ley para su inspección.
- ☐ Es precisa y completa

Si se acepta su corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otras personas que necesiten saber acerca de la corrección. Si se rechaza su solicitud, puede enviar una carta detallando la razón por la que no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe a continuación en la sección titulada Quejas.

Usted tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud pueda haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- ☐ Divulgaciones hechas a usted
- ☐ Divulgaciones a personas involucradas con su atención
- ☐ Divulgaciones autorizadas por usted
- ☐ Divulgaciones realizadas para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica
- ☐ Divulgaciones para la salud pública
- ☐ Divulgaciones con fines regulatorios de profesionales de la salud
- ☐ Divulgaciones para informar el abuso de niños, adultos o discapacitados
- ☐ Divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003

Este resumen incluye divulgaciones realizadas para:

- ☐ Fines de la investigación, distintos a los que usted autorizó por escrito.
- ☐ Respuestas a órdenes de la corte, citaciones u órdenes judiciales

Keys AHEC

Health Centers

Usted puede solicitar un resumen por un período no superior a 6 años a partir de la fecha de su solicitud. Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a recibir una copia impresa si la solicita.

El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarlo para recordarle sus citas de atención médica.

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad le informa cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento mantiene su información privada y confidencial. Este aviso explica los deberes y prácticas legales relacionados con su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de notificarle inmediatamente después de una violación de su información médica protegida no segura.

Como parte de las obligaciones legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento debe seguir los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigor.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de su aviso. El cambio, si se realiza, será efectivo para toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos nuevos o revisados de prácticas de privacidad se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en www.myflorida.com y estará disponible por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud. También están disponibles documentos adicionales que explican con más detalle sus derechos para inspeccionar, copiar y enmendar su información médica protegida.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y salud, puede presentar una queja ante el: Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en 200 Independence Avenue, SW/Washington, DC 20201/teléfono 202-619-0257 o sin costo al 877-696-6775.

La queja debe ser por escrito, describiendo los actos u omisiones que usted cree que violan sus derechos de privacidad y presentarse dentro de los 180 días de haber sabido o que debió haber sabido que ocurrió el acto u omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

PARA MAYOR INFORMACIÓN

Las solicitudes de información adicional sobre los asuntos cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le dio el aviso, al director o administrador del establecimiento del Departamento de Salud donde recibió el aviso, o al Inspector General del Departamento de Salud al 4052. Bald Cypress Way, BIN A03/Tallahassee, FL 32399-1704/teléfono 850-245-4141.

FECHA EFECTIVA

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigor a partir del 1 de julio de 2013 y estará en vigor hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

“Estándares para la privacidad de la información médica identificable individualmente; Regla final.” 45 CFR Partes 160 a 164. *Registro Federal* 65, no. 250 (28 de diciembre de 2000). “Estándares para la privacidad de la información médica identificable individualmente; Regla Final” 45 CFR Parte 160 a 164. *Registro Federal*, Volumen 67 (14 de agosto de 2002). HHS, Modificaciones a las Reglas de Privacidad, Seguridad, Cumplimiento y Notificación de Incumplimiento de HIPAA bajo la Ley de Tecnología de Información para la Salud Económica y Clínica y la Ley de Información Genética y No Discriminación; Otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero de 2013).