



## CENTRO MÉDICO ESCOLAR

Estimado Padre/ Guardián,

Keys AHEC se complace en anunciar la capacidad de proveer clínicas médicas en 8 Centro Médico de Atención Primaria Escolar del Condado Monroe.

La **Clínica Médica Escolar** ofrecerá servicios básicos de atención primaria que incluyen: exámenes físicos escolares y deportivos, y el manejo de enfermedades crónicas y recetas médicas. Todos estos servicios se ofrecen a los niños inscritos en las Escuelas Públicas del Condado de Monroe, sin costo alguno. No hay cuotas o copagos, sin embargo, Keys AHEC puede facturar a las compañías de seguros cuando sea aplicable.

Todos los servicios requieren autorización de los padres. Si desea que su hijo reciba los servicios de salud cuando sean necesarios usted deberá firmar el **Formulario de Consentimiento para Tratamiento**. Por favor complete todas las secciones con la información solicitada. El Formulario de Consentimiento para Tratamiento debe ser firmado y fechado por el padre del niño o su guardián legal. Si necesita ayuda para encontrar un médico de atención primaria, por favor déjeselo saber a un miembro del equipo de salud escolar y ellos con gusto le ayudaran.

Es importante que devuelva completado y firmado el **Formulario de Consentimiento para Tratamiento** a la escuela o al maestro del niño tan pronto como sea posible. Esto asegurara que su hijo/a pueda recibir los servicios médicos cuando sean necesarios y sin demora.

Después de que la escuela reciba el **Formulario de Consentimiento para Tratamiento firmado**, a su hijo/a se le permitirá recibir los servicios de salud proporcionados por la Clínica Médica Escolar respectiva de su hijo/a. Los servicios serán proporcionados por las **Clínicas Médicas Escolares de Keys AHEC**. Por favor, póngase en contacto con la Oficina Administrativa de la Clínica Médica Escolar al: **305-743-7111 x 210**.

Sinceramente,

*Michael Cunningham*

Michael Cunningham  
CEO Keys AHEC



## Atención a nuestros pacientes asegurados

Aunque la **Clínica Médica Escolar** Keys AHEC puede facturar a su compañía de seguros, NO hay deducibles, coaseguros, copagos o cargos similares, ni cualquier otro cargo para su bolsillo por ser paciente de nosotros.

Sin embargo, puede recibir por parte de su compañía de seguros: Una explicación de beneficios (comúnmente se conoce como una forma **EOB**), que es un comunicado enviado por su compañía de seguros de salud, que explica los pagos por tratamientos y / o servicios médicos que se pagaron en su nombre.

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

Sin embargo, como la **Clínica Médica Escolar** Keys AHEC renuncia a todos los gastos de su propio bolsillo

USTED NO ES RESPONSABLE POR ESTE U OTROS CARGOS

# Keys AHEC Health Centers

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número Telefónico (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Sexo M  F  Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES O GUARDIAN LEGAL (SI ES APLICABLE)

Madre / Guardián \_\_\_\_\_ Número Telefónico # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Padre / Guardián \_\_\_\_\_ Número Telefónico # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

O

Otro Guardián Legal \_\_\_\_\_ Número Telefónico # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(relación con el paciente) \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD**

**(si es aplicable)**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

O

**MEDICAID**

¿Necesita asistencia para obtener un seguro para su hijo? Sí  NO

¿Si es un seguro comercial, ¿es posible obtener el deducible? Sí  NO

### **ESCALA FINANCIERA FAMILIAR**

- \$0-15,999  
 \$16,000-25,999  
 \$26,000-35,999  
 \$36,000-59,999  
 \$60,000-100,000  
 \$100,000+

**Sin Seguro**

### **PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACION**

Yo, \_\_\_\_\_ AUTORIZO a Keys AHEC Health Centers a divulgar información sobre el tratamiento a terceros pagadores para fines de facturación.

Con mi firma colocada a continuación, certifico que entiendo el contenido y las especificaciones de este formulario, que he leído o se me ha leído.

Firma de Padre / Paciente \_\_\_\_\_

Ver la página de atrás





## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Al firmar abajo doy mi consentimiento y autorizo a la Clínica Médica Escolar de Keys AHEC y su personal médico a llevar a cabo sus servicios y tratamientos al estudiante arriba mencionado, incluyendo cualquier prueba de laboratorio o tratamiento que a su juicio estime necesario.

Entiendo que los resultados de la información médica obtenida mientras mi niño recibe tratamiento en la CLINICA MEDICA ESCOLAR son confidenciales y no serán revelados a nadie sin mi permiso escrito o por una orden judicial requerida por las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que las leyes de la Florida requieren a Keys AHEC proporcionar al Departamento de Salud, con un informe de aquellas personas diagnosticadas con enfermedades transmisibles. Por lo tanto, autorizo a Keys AHEC a reportar al Departamento de Salud cada vez que mi hijo es diagnosticado con una enfermedad contagiosa. Además, entiendo que mi hijo y yo seremos notificados de tal diagnóstico. Sin notificación por escrito para cambiar mis preferencias relacionadas con el tratamiento de mi hijo, entiendo que este consentimiento se vence en la fecha que mi hijo ya no está inscrito en la escuela.

Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información médica cuando sea necesario para el tratamiento, pago, y operaciones de atención médica de Keys AHEC, incluyendo al proveedor de tratamiento, garante de las cuentas, o terceros pagadores para los que le he asignado beneficios o que de otra manera los reembolsamos para la prestación de servicios, y si así lo solicita mi médico de cabecera o cualquier otro profesional de la salud para los fines de la continuidad de la atención.

**Firma de Padre / Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

O (Guardián Legal)

Yo, \_\_\_\_\_ soy pariente de \_\_\_\_\_ y estoy legalmente autorizado a firmar este documento

.

Firma de Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Cabecera \_\_\_\_\_  Ninguno

**HISTORIA MÉDICA**

Medicamentos \_\_\_\_\_  Ninguno

\_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_  Ninguno

Hospitalizaciones y/o Cirugías \_\_\_\_\_  Ninguno

\_\_\_\_\_

Lista de enfermedades crónicas \_\_\_\_\_  Ninguno

\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Numero Telefónico \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA CLINICA MEDICA ESCOLAR DE KEYS AHEC**

Reconozco que se me dio una copia de las prácticas de privacidad de la CLINICA MEDICA ESCOLAR DE Keys AHEC (4 ver páginas adjuntas).

**Firma de Padre / Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



# **Notas del Padre al Proveedor**

*Por favor, háganos saber cualquier cosa que quiera que sepamos sobre su hijo*



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. LÉALO DETENIDAMENTE.

### USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada a la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del seguro social y otros medios para identificarlo a usted como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o se puede usar para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información sobre servicios médicos. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de comercios anteriores. Esta información médica es usada por el Departamento de Salud en muchas formas en el desempeño de actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser usada por el Departamento de Salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas y hospitales para cuidar de usted. Su información médica protegida puede compartirse, con o sin su autorización, con otro proveedor de atención médica para propósitos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica para el manejo de su caso y servicios. El Departamento de Salud, clínica u hospital pueden enviar la información médica a compañías aseguradoras, Medicaid o agencias de la comunidad para pagar por los servicios que le proporcionan.*

Cierto personal del departamento puede usar 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 servicios y beneficios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede divulgarse sin su autorización escrita según lo permita la ley. Tales circunstancias incluyen:

- Reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Auditorías e investigaciones internas por parte de las oficinas, divisiones y dependencias del departamento.
- Investigaciones y auditorías por parte del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de las Políticas del Programa y Contraloría General de la legislatura.

# Keys AHEC

## Health Centers

- Propósitos de salud pública, que incluyen estadísticas demográficas, reporte de enfermedades, supervisión de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de profesionales médicos.
- Investigaciones del médico forense de distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones;
- Propósitos de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos legales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requieren su autorización escrita. Esta autorización tiene una fecha de vencimiento y usted la puede revocar en forma escrita. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de mercadeo e investigación, ciertos usos y divulgación de notas del psicoterapeuta y la venta de información médica protegida que resulta en remuneración para el Departamento de Salud.

### DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar las restricciones. Sin embargo, en situaciones en las que usted o alguien más en su nombre pagan por la totalidad de un artículo o servicio, y usted solicita que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a una compañía aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada.

Tiene derecho a que le garanticen que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted elija. Es posible que se le pida que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar por los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea la de su residencia donde puede recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. La inspección que usted haga de la información se hará bajo supervisión y en un lugar y hora definidos. Puede denegársele el acceso según lo especifique la ley. Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica certificado que no haya estado involucrado en la decisión de denegar el acceso. El departamento será el encargado de designar a este profesional de atención médica certificado.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. La solicitud de corregir su información médica protegida debe hacerse por escrito e indicar un motivo que respalde la corrección que solicita. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o en parte, si determina que la información médica protegida:

- No fue creada por el departamento.
- No es información médica protegida.





- Por ley, no está disponible para que usted la inspeccione.
- Es precisa y completa.

Si se acepta la corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otros que deben estar enterados de la misma. Si se deniega la corrección, puede enviar una carta donde detalla el motivo por el cual no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, tal como se describe más adelante en la sección de quejas.

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 que le hayan hecho a usted.
- Divulgaciones hechas a las personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para salud pública.
- Divulgaciones para fines normativos de profesionales médicos.
- Divulgaciones para reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Este resume sí incluye:

- Divulgaciones con fines de investigación, distintos a los que usted autorice por escrito.
- Divulgaciones en respuesta a órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones.

Puede solicitar un resumen de un período de menos de 6 años desde la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa.

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

#### RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Por ley, el Departamento de Salud está obligado a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad explica cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento la mantiene privada y confidencial. Este aviso explica las prácticas y responsabilidades legales relacionadas a su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de informarle luego de una violación de la seguridad de su información médica protegida.

Como parte de las responsabilidades legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas



de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos vigentes del Aviso de prácticas de privacidad.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, aplicará a toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o enmendados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en [www.myflorida.com](http://www.myflorida.com) y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud. También hay disponibles otros documentos que explican en más detalle sus derechos a inspeccionar y copiar y enmendar su información médica protegida.

#### QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad en cuestiones médicas, 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, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada gratuita 877-696-6775.

La queja se debe hacer por escrito, describir los actos u omisiones que considera que violan sus derechos de privacidad, y presentarse dentro de los 180 días después de enterarse o de cuando debió haber sabido que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

#### PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Las solicitudes de información adicional sobre los temas cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de la oficina del Departamento de Salud donde recibió este aviso o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-2454141.

#### FECHA DE VIGENCIA

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

#### REFERENCIAS

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule.” 45 CFR Partes 160 a164. *Federal Register* 65, no. 250 (28 de Diciembre, 2000).

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volumen 67 (14 de agosto, 2002). HHS, modificaciones a las Reglas de aviso de violación, privacidad, seguridad y aplicación de HIPAA de acuerdo con la Ley de tecnologías de la información para la salud económica y clínica y la Ley de no discriminación por información genética, otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero, 2013).