



# ATENCIÓN PADRES DE FAMILIA

Ahora, sus hijos tienen acceso a servicios de atención médica, educación, y apoyo a través de nuestros **Centros de salud basados en la escuela** o nuestra **Unidad médica móvil y dental**. The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) han conformado una sociedad con las escuelas y comunidades para proporcionar servicios de atención médica integral a los alumnos. Su hijo(a) puede recibir atención médica por alguna enfermedad, lesión, chequeos médicos, etc. durante el horario escolar.

Complete **TODOS** los formularios adjuntos. Devuelva su paquete completado, incluida una copia de la tarjeta del seguro de su hijo(a) y una copia legible a color de su identificación con fotografía válida, al representante designado de la escuela.

**IMPORTANTE:** Conserve el folleto adjunto de “Notificación de prácticas de privacidad” para sus registros.

The Family Health Centers of Georgia, Inc. | 868 York Avenue, SW | Atlanta, GA 30310 | 404.752.1400





# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

**Información para el padre/tutor**  
**Información para el alumno**

**¿El alumno es un paciente de FHCGA?** [ ] Sí [ ] No

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Nombre del alumno:** \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **# de apartamento:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **# de seguridad social#:** \_\_\_\_\_

Números de contacto: **# de teléfono del casa:** \_\_\_\_\_ **# de teléfono del celular:** \_\_\_\_\_

**# de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_ **Otro teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del alumno:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**# de seguro social de alumno:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO ((Presente la tarjeta actual del seguro a un representante de FHCGA.)

[ ] Medicaid [ ] AMERIGROUP [ ] PeachState [ ] WellCare [ ] seguro privado [ ] sin seguro

Si tiene seguro privado, indique el nombre del seguro de la compañía: \_\_\_\_\_

**Nombre del miembro (conforme a lo detallado en la tarjeta del seguro):** \_\_\_\_\_ **# de póliza:** \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

**ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE, AÚN SI USTED USA MEDICAID, O SEGURO PRIVADO.**

**Relación con el paciente:** [ ] Propio [ ] Padre/madre o tutor [ ] Cónyuge [ ] Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
[ ] Marque aquí si la información es la misma que la anterior. Únicamente complete la siguiente sección si alguna información es diferente.

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **# de apartamento:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

Números de contacto: **# de teléfono del casa:** \_\_\_\_\_ **# de teléfono del celular:** \_\_\_\_\_

**# de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_ **Otro teléfono:** \_\_\_\_\_

# AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) tiene la obligación de obtener el consentimiento para tratar y divulgar todos los riesgos materiales y tratamientos médicos alternativos. Entiendo que no es posible enumerar cada riesgo material para cada Procedimiento o tratamiento médico y que este formulario solo intenta identificar los riesgos materiales más comunes y las alternativas asociadas con el Procedimiento o los tratamientos médicos.

El tratamiento médico o los procedimientos pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

1. **Agujas de jeringuillas**, como inyecciones (inyecciones). Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimiento incluye, entre otros, daño neurológico, infección, o contusiones. Entre las alternativas a las agujas de jeringuillas (si están disponibles) se incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos efectivo), o negación de tratamiento médico.
2. **Pruebas físicas, evaluaciones y tratamientos médicos**, como signos vitales, exámenes internos del cuerpo, limpieza de heridas, vendaje de heridas, rango de verificaciones de movimiento, y otros procedimientos similares. No existe ningún riesgo grave conocido asociado con estos procedimientos. El tratamiento médico puede consistir en tratamiento para enfermedades (es decir, estreptococos, infecciones del oído, conjuntivitis aguda, rasguños, esguinces, cortes, controles de rutina del recién nacido, etc.).
3. **Administración de medicamentos** ya sea de forma oral, rectal, tópica o a través del ojo, oído o la nariz. Los riesgos materiales asociados con estos tipos de Procedimientos incluyen, entre otros, perforación, punción, infección, o reacción alérgica. Además de variar el método de administración o el rechazo de tratamiento médico, no existen alternativas médicas.
4. **Extracciones de sangre, fluidos corporales o muestras de tejido**, como las realizadas para pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos materiales asociados con estos tipos de Procedimientos incluyen, entre otros, la infección, el sangrado, o el daño neurológico. Además de la observación a largo plazo o el rechazo de tratamiento médico, no existen alternativas médicas.

## AL FIRMAR ESTE FORMULARIO:

- Yo doy mi consentimiento a los profesionales de atención médica de FHCGA para proporcionar tratamiento médico y procedimientos conforme a lo que ellos consideren razonablemente necesario en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos procedimientos que pueden ser imprevistos o desconocidos como necesarios al momento en el que se obtiene este consentimiento; y
- Reconozco que me he informado en términos generales a cerca de la naturaleza y el propósito del tratamiento médico y los procedimientos, los riesgos materiales de los procedimientos, y las alternativas prácticas a los procedimientos.
- Si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a estos tratamientos médicos o procedimientos, le preguntaré a mi médico para que me proporcione información adicional.
- Con el fin de garantizar la seguridad médica y la falta de interacciones entre medicamentos, concedo a FHCGA y a su personal el derecho a acceder a la información electrónica de mi farmacia y mis recetas.
- Reconozco que he leído y comprendo la información anterior y le doy permiso para que me brinden asistencia a mí o a.

Firma del paciente (o persona autorizada a firmar): \_\_\_\_\_

Nombre en letras de imprenta del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha firmada: \_\_\_\_\_

Motivo por el que el paciente no puede firmar (si corresponde): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Acuse recibo de los avisos de prácticas de privacidad (HIPAA):** Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de privacidad

Firma del Paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autorización para tratamiento médico por parte de un asistente médico:** Entiendo que The Family Health Centers of Georgia, Inc. y sus afiliados utilizan proveedores de nivel medio con certificación (es decir; asistentes médicos (PA), etc.) para tratar a pacientes por el nivel de atención por el cual han sido aprobados por la Junta del estado de Georgia de los examinadores médicos. Su firma en este formulario comunica que usted está de acuerdo con ser tratado por un proveedor de nivel medio, que actúe conforme.

Firma del Paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

1. Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento del alumno: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
3. Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del maestro del aula: \_\_\_\_\_
4. Año escolar: \_\_\_\_\_ # de identificación del alumno: \_\_\_\_\_

La información que proporciona es **ESTRÍCTAMENTE CONFIDENCIAL**. El propósito es ayudarnos a brindarles a sus alumnos mejor asistencia médica. Le solicitamos que complete el formulario en su totalidad. **Puede omitir alguna pregunta que no desee responder.**

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

¿Cuál es su parentesco con el alumno mencionado anteriormente? \_\_\_\_\_

1. ¿Con quién vive el alumno? (marque todas las opciones que correspondan)
- ambos padres naturales       madrastra       solo
- madre       padrastro       hermano(s)/edades: \_\_\_\_\_
- padre       tutor       hermana(s)/edades: \_\_\_\_\_
- padres adoptivos       otro (explique) \_\_\_\_\_

2. Si el alumno tiene menos de 18 años, ¿alguien más proporciona atención?     Sí       No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿quién?** \_\_\_\_\_

3. ¿El alumno tiene algún problema de salud conocido?       Sí       No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?** \_\_\_\_\_

4. ¿A dónde se dirige el alumno cuando está enfermo? \_\_\_\_\_

5. ¿A dónde se dirige el alumno para recibir atención odontológica? \_\_\_\_\_

6. ¿El alumno tiene alguna alergia conocida a algún medicamento?       Sí       No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?** \_\_\_\_\_ Tipo de reacción: \_\_\_\_\_

7. ¿El alumno toma algún medicamento (sin receta, con receta, homeopático o hierbas)?       Sí       No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?** \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez el alumno fue hospitalizado o se le realizó una cirugía?       Sí       No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?** \_\_\_\_\_ **¿Dónde?** \_\_\_\_\_ **¿Por qué?** \_\_\_\_\_

9. ¿El alumno tiene alguna inquietud de salud?       Sí       No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?** \_\_\_\_\_

10. ¿El alumno o padre/tutor legal trabaja fuera del hogar?     Sí       No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de trabajo realizan?**

Alumno: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Tutor legal: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

11. ¿La madre, el padre, los hermanos, o los abuelos del alumno padecen alguna de las siguientes afecciones?

	<b>Si la respuesta es afirmativa, ¿quién?</b>		<b>Si la respuesta es afirmativa, ¿quién?</b>
asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	problemas de pulmonares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
problemas de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
problemas de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	problemas de nervios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	otro _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____

## HÁBITOS DE SALUD DE LA FAMILIA

12. Si corresponde, ¿con qué frecuencia un alumno usa un cinturón de seguridad o asiento infantil? (encierre en un círculo la respuesta)

- A. Nunca    B. Casi nunca    C. A veces    D. A menudo    E. Siempre

13. ¿El alumno anda en bicicleta, patineta o patines de ruedas?     Sí     No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia usa casco?** (encierre en un círculo la respuesta)

- A. Nunca    B. Casi nunca    C. A veces    D. A menudo    E. Siempre

14. ¿El alumno necesita información sobre seguridad (extraños, armas, incendios, etc.)?     Sí     No

15. En promedio, ¿cuántas horas duerme un alumno cada noche? \_\_\_\_\_ horas

16. ¿Siente que el alumno vive en un lugar seguro?     Sí     No

17. ¿Hubo algún cambio importante en su familia en el último año? (marque todas las opciones que correspondan)

- mudanza                       violencia o accidente grave                       muerte de un familiar                       nacimiento  
 pérdida de trabajo/ingresos     abuso físico, emocional, o sexual     otro \_\_\_\_\_

18. ¿Hay un arma en su hogar?     Sí     No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿está bloqueada?**     Sí     No

19. ¿Alguien de su hogar fuma?     Sí     No

20. Actualmente, ¿fuma?     Sí     No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos cigarrillos/cigarros fuma por día?** \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA ESCUELA DEL ALUMNO

21. ¿El alumno asistió a preescolar?     Sí     No

22. ¿Tiene alguna inquietud acerca del rendimiento escolar del alumno?     Sí     No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?** \_\_\_\_\_

23. ¿Tiene alguna inquietud acerca de las relaciones del alumno con los maestros?     Sí     No

24. ¿Tiene alguna inquietud acerca de las relaciones del estudiante con otros alumnos?     Sí     No

25. ¿Tiene alguna inquietud acerca de las relaciones del estudiante con hermanos u otros familiares?     Sí     No

26. Si tiene más de 4 años, ¿el alumno tiene un mejor amigo?     Sí     No

27. ¿El alumno participa en deportes, tiene pasatiempos, intereses o talentos especiales?

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles?** \_\_\_\_\_    **¿Hace cuánto tiempo?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO DEL ALUMNO

Nombre del estudianto: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre  
Fecha de nacimiento del alumno: \_\_\_\_\_ (Mes/fecha/año)  
Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta del alumno: \_\_\_\_\_

### → ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES (Marque a continuación si el alumno tiene/tuvo alguna de las siguientes afecciones) (Marque todo lo que corresponda)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                            | <input type="checkbox"/> frecuentes dolores de garganta          | <input type="checkbox"/> peso bajo al nacer _____    |
| <input type="checkbox"/> alérgico a medicamentos             | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza                       | <input type="checkbox"/> problemas para caminar      |
| <input type="checkbox"/> alergias                            | <input type="checkbox"/> audífono                                | <input type="checkbox"/> problemas respiratorios     |
| <input type="checkbox"/> anemia                              | <input type="checkbox"/> soplo en el corazón                     | <input type="checkbox"/> fiebre reumática            |
| <input type="checkbox"/> asma                                | <input type="checkbox"/> problemas cardíacos                     | <input type="checkbox"/> convulsiones/epilepsia      |
| <input type="checkbox"/> trastornos de sangre                | <input type="checkbox"/> hemofilia                               | <input type="checkbox"/> acné de gravedad            |
| <input type="checkbox"/> huesos quebrados                    | <input type="checkbox"/> hepatitis                               | <input type="checkbox"/> problemas digestivos graves |
| <input type="checkbox"/> cáncer                              | <input type="checkbox"/> hipertensión                            | <input type="checkbox"/> anemia drepanocítica        |
| <input type="checkbox"/> varicela edad: _____                | <input type="checkbox"/> lesiones (graves)                       | <input type="checkbox"/> rasgo drepanocítico         |
| <input type="checkbox"/> constipación/diarrea                | <input type="checkbox"/> problemas del riñón/del tracto urinario | <input type="checkbox"/> erupciones cutáneas         |
| <input type="checkbox"/> diabetes                            | <input type="checkbox"/> problemas pulmonares                    | <input type="checkbox"/> problemas del lenguaje      |
| <input type="checkbox"/> infecciones del oído                | <input type="checkbox"/> meningitis                              | <input type="checkbox"/> úlceras estomacales         |
| <input type="checkbox"/> problemas auditivos                 | <input type="checkbox"/> problemas de menstruación               | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides       |
| <input type="checkbox"/> anteojos                            | <input type="checkbox"/> la menstruación comenzó Edad: _____     | <input type="checkbox"/> tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> problemas de vista                  | <input type="checkbox"/> problemas musculares u óseos            | <input type="checkbox"/> bajo peso                   |
| <input type="checkbox"/> desmayo ataques/quedar inconsciente | <input type="checkbox"/> obeso/sobrepeso                         | <input type="checkbox"/> otro _____                  |
| <input type="checkbox"/> resfríos frecuentes                 | <input type="checkbox"/> abuso físico/sexual                     | _____  |

Explicar cualquier enfermedad marcada a continuación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### → ANTECEDENTES DE COMPORTAMIENTO (Marque a continuación si el alumno tiene/tuvo alguna de las siguientes afecciones) (Marque todo lo que corresponda)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> alcohol                     | <input type="checkbox"/> problemas alimenticios        | <input type="checkbox"/> timidez                           |
| <input type="checkbox"/> incontinencia urinaria      | <input type="checkbox"/> inhalantes                    | <input type="checkbox"/> problemas para conciliar el sueño |
| <input type="checkbox"/> problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> discapacidades de aprendizaje | <input type="checkbox"/> desarrollo lento                  |
| <input type="checkbox"/> depresión                   | <input type="checkbox"/> problemas mentales            | <input type="checkbox"/> fumador                           |
| <input type="checkbox"/> problemas disciplinarios    | <input type="checkbox"/> pesadillas                    | <input type="checkbox"/> chuparse el pulgar                |
| <input type="checkbox"/> drogas _____                | <input type="checkbox"/> superactivo/hiperactivo       | <input type="checkbox"/> otro _____                        |

Explique cualquier elemento conductual marcado arriba: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### → ANTECEDENTES DENTALES

28. ¿Cuándo fue la última visita dental del alumno? \_\_\_\_\_

29. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes el alumno?

A veces  Una vez al día  Dos veces al día  Otro \_\_\_\_\_

30. ¿El alumno tuvo dolor de dientes o extracción de dientes en el último mes?  Sí  No

salud necesaria para su salud, y la salud y seguridad de otras personas.

**Aplicación de la ley:** Podemos divulgar información sobre salud con fines de aplicación de la ley conforme a lo requerido por ley, o en respuesta a una citación válida.

**Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:**

Podemos contactarlo para proporcionarle recordatorios de cita o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y los servicios que pueden ser de interés para usted.

**Abuso o negligencia:** Podemos divulgar su información de salud a autoridades apropiadas si razonablemente consideramos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para advertir una amenaza grave a su salud o seguridad o la de las otras personas.

**Seguridad nacional:** Podemos divulgar la información sobre la salud del personal de las Fuerzas Armadas a autoridades militares conforme a determinadas circunstancias. Podemos divulgar información sobre salud a autoridades federales autorizadas requeridas por inteligencia legal, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar información sobre la salud de internos o pacientes a las autoridades apropiadas conforme a determinadas circunstancias.

La ley federal establece reglas para que la información de su salud se divulgue a una agencia de supervisión adecuada, la autoridad de salud pública o un abogado, siempre y cuando un miembro de la fuerza laboral o asociado comercial crea de buena fe que nos hemos visto involucrados en una conducta ilegal o de lo contrario hayamos infringido normas profesionales o clínicas y hayamos potencialmente puesto en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, póngase en contacto con:

La Oficina Corporativa

The Family Health Centers of Georgia, Inc.  
(anteriormente West End Medical Centers, Inc.)

868 York Avenue, SW  
Atlanta, Georgia 30310  
404.752.1400  
fhcga.org

NOPPSpan (effective 09/20/13) - 03/23/2015

• **Intercambio de información de la salud:**

Podemos dejar disponible su información protegida de salud de forma electrónica a través de un servicio de intercambio de información a otros proveedores de atención médica, planes de salud y atención médica que solicitan su información. Participación en intercambio de información también nos permite ver la información acerca de usted.

**OTROS USOS O DIVULGACIONES:**

**Asociados comerciales:** Existen algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Entre los ejemplos se incluyen servicios de médicos en situaciones de emergencia, radiología y determinadas pruebas de laboratorio.

**Aviso:** Podemos usar o divulgar información para notificar o asistir en la notificación a un familiar, representante personal, u otra persona responsable de la atención, su ubicación, y afección general.

**Comunicación con la familia:** Podemos divulgar información de salud relevante a un familiar, amigo u otra persona con la que se identifique con respecto a su atención. Solo divulgaremos esta información si está de acuerdo, tiene la posibilidad de objetar y no hacerlo, o si en nuestro juicio profesional, sería en su mejor interés para permitir que la persona reciba la información o actúe en su nombre.

**Investigación:** Podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta institucional de revisión que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

**Directores fúnebres:** Podemos divulgar información sobre la salud a directores fúnebres de acuerdo con la ley aplicable para llevar a cabo sus responsabilidades.

**Recaudación de fondos/marketing:** Podemos contactarlo como parte de una recaudación de fondos o esfuerzo de marketing. Si no desea que nos contactemos con usted para estos esfuerzos, debe notificar al Departamento médico de registros.

**Compensación de los trabajadores:** Podemos divulgar información sobre la salud en la medida que esté autorizado por las leyes y en la medida que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

**Salud pública:** Conforme a lo requerido por ley, posiblemente divulgaremos su información de salud a autoridades de salud pública o legal encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Institución penitenciaria:** En caso de que usted sea un interno de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o agentes del presente, información sobre



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este aviso describe cómo la información sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Revísela con detenimiento.



## COMPENSIÓN DE SUS REGISTROS/ INFORMACIÓN MÉDICA

Cada vez que usted consulte un hospital, médico, u otro proveedor de atención médica, se realiza un registro de su consulta. Por lo general, este registro contiene sus antecedentes médicos, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, *plan de atención, seguro, facturación, e información sobre empleo. Esta información de salud, por lo general, a la que se hace referencia como su registro médico, sirve como la base para la planificación de su atención y tratamiento y es una manera vital de comunicación entre la diversidad de profesionales de la salud que contribuyen con su atención a la salud. Su información médica también se usa por parte de compañías aseguradoras y otros financiadores terceros para verificar la idoneidad de los servicios facturados.*

Comprensión de qué se encuentra en su registro y cómo se usa su Información de Salud lo ayuda a:

- asegurar su precisión
- comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden acceder a su información de salud
- tomar decisiones más informadas cuando autorice divulgación a otras personas

## SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD:

A pesar de que su registro médico es propiedad física de The Family Health Centers of Georgia, Inc. la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Solicitar una restricción en determinados usos y divulgaciones de su información conforme a lo proporcionado por 45 CFR 164.522: Usted puede solicitar restricciones sobre cómo su información de salud se usa para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o a determinados familiares u otras personas que están involucradas en su cuidado. Podemos denegar su solicitud con una excepción; *debemos aprobar su solicitud para no divulgar información a un plan de salud si pago en efectivo por la totalidad de todos los gastos por un elemento o servicio en particular.* Si acordamos una restricción, esta puede ser retirada si el uso de la información es necesario para proporcionar tratamiento de emergencia o si la ley exige que se realice una divulgación.
- Derecho para obtener una copia en papel de este aviso: Puede solicitar una copia en papel adicional de este aviso en cualquier momento desde cualquier área de registro de pacientes.
- Derecho a inspeccionar y copiar su registro de salud conforme a lo estipulado en 45 CFR 164.524: Usted puede solicitar consultar sus registros médicos y de facturación y obtener una copia. Debe enviar

su solicitud de registros médicos al Departamento de Registros Médicos; podemos cobrarle una tarifa de copia además de gastos de correo. *Si su registro se encuentra en formato electrónico, usted tiene derecho a solicitar su copia en formato electrónico.*

- Derecho a Solicitar enmiendas:

Usted puede solicitar que su información de salud se enmiende si siente que la información no es correcta. Su solicitud debe estar por escrito y proveer los motivos de la enmienda. Envíe su solicitud al Departamento de Registros Médicos. Podemos denegar su pedido, si este es el caso; se le notificará nuestra decisión por escrito.

- Derecho a obtener una explicación de las divulgaciones de su información médica conforme a lo estipulado en 45 CFR 164.528

Usted puede solicitar una explicación de determinadas divulgaciones de su información médica que muestra con quién su información médica fue compartida (no aplica a divulgaciones realizadas a usted, con su autorización, para operaciones de tratamiento, pago o atención médica). Para solicitar una explicación de divulgaciones, debe enviar una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos. Su solicitud debe indicar un período que no puede ser superior a seis años y posiblemente no incluya fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

- Derecho a solicitar comunicaciones de su información de salud por medio de medios alternativos o en ubicaciones alternativas:

Debe solicitar que le comuniquemos en una manera determinada, en una ubicación determinada. Debe realizar su pedido por escrito al área de registros de pacientes o al departamento de registros médicos y explicar cómo o dónde desea ser contactado.

- Derecho a renovar o restringir su autorización para utilizar o divulgar información médica excepto hasta el punto en que la acción ya haya sido tomada o conforme a lo exigido por ley.

- Derecho a ser notificado en caso de una brecha de su información de salud.

- Derecho a optar entre las opciones de comunicaciones para fines de recaudación

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

The Family Health Centers of Georgia, Inc. tiene la obligación por ley de realizar lo siguiente:

- mantener la privacidad de su información de salud
- proporcionar un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y cumplir con
- los términos de este aviso
- notificarlo si no podemos acordar la restricción solicitada
- notificarlo en caso de una brecha de su información

- acomodar solicitudes razonables que pueda tener que comunicar información de salud por medio de medios alternativos o en ubicaciones alternativas *restringir información a determinadas entidades conforme a lo detallado en este aviso.*

En caso de que nuestras Prácticas de Aviso de Información cambian o se realizan revisiones, el Aviso se quedará fácilmente a disposición al momento en que lo solicite en la fecha efectiva de las revisiones o después de esta a los pacientes existentes. No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto conforme a lo descrito en este Aviso.

## SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- Psychotherapy notes
- Propósitos de marketing (incluidas las comunicaciones de tratamiento subsidiado)
- Divulgaciones que constituyen una venta de PHI
- Divulgación de su información de salud a cualquier agencia externa (excepto lo exigido por ley)
- Se realizarán otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso solo con su autorización previa.

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O INFORMAR UN PROBLEMA:

Si tiene preguntas y quisiera información adicional o si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, usted puede presentar una queja en Administración de riesgos al (404) 752-1408 o con la Secretaría de Servicios de Salud y Humanos. *No se tomarán represalias por presentar una queja.*

## EJEMPLOS DE DIVULGACIONES PARA PAGO DE TRATAMIENTO Y OPERACIONES DE SALUD

- Usaremos su información de salud para el tratamiento: Por ejemplo: Información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su registro y se usará para determinar el transcurso de tratamiento que debe funcionar mejor para usted.
- Usaremos su información de salud para el pago: Por ejemplo: Podemos divulgar información de salud acerca de usted a otras partes calificadas para sus propósitos de pago.
- Usaremos su información para operaciones regulares de atención médica: Por ejemplo: Miembros del personal médico, el riesgo o gerente de mejora de calidad, o miembros del equipo de mejora de calidad puede usar información en su registro médico para evaluar la atención y las consecuencias en su caso y otros casos como ese. Esta información luego será utilizada en un esfuerzo por mejorar de forma continua la calidad y efectividad de atención médica y el servicio que brindamos.