

# HHLI Centro de Salud Escolar Consentimiento de los Padres

Roosevelt High School  Freeport High School  Westbury High School

Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar el Centro de Salud Escolar y consultar a sus otros médicos. La firma de este consentimiento no cambia su seguro, no cambia su médico privado y no afecta la cantidad de veces que su hijo/a puede ver a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACION DE LOS PADRES/GUARDIAN
<b>Nombre Estudiante:</b> _____ <b>Apellido de Estudiante:</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> ___/___/___ <b>Grado:</b> _____ <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Dirección del estudiante:</b> _____ _____ Ciudad Estado Código postal <b>Teléfono celular del estudiante:</b> _____ <b>Correo electrónico del estudiante:</b> _____  <b>*Número de Seguro Social del Estudiante:</b> ___ - ___ - ___ (* opcional: utilizado solo para propósito de seguro)  <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Declarado/ Rechazado  <b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> No Declarado/ Rechazado  Indique el proveedor de atención primaria del estudiante, si tiene uno: <b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____	<b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Casa / Trabajo Tel: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____  Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Casa / Trabajo Tel: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____  <b>Si es Guardián, relación con el estudiante:</b> <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tio/a <input type="checkbox"/> Familia Adoptiva <input type="checkbox"/> Otro: _____  Idioma preferido de los Padres /Guardián: _____
	CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL
	Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____
	INFORMACIÓN DE FARMACIA
Yo asigno a Harmony Healthcare en el Centro de Salud Escolar como mi proveedor Primario: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indique la Farmacia a la que podemos enviarle sus recetas. Farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Telefono de farmacia: _____
INFORMACIÓN DEL SEGURO	
El Centro de Salud Escolar brinda atención a los estudiantes, tengan seguro o no. Si el estudiante tiene Medicaid o otro seguro, es importante informar al Centro de Salud Escolar para facturar los servicios. No hay costo de bolsillo para usted por los servicios recibidos en el Centro de Salud Escolar.	
<b>Tiene su hijo/a seguro de salud?</b> <input type="checkbox"/> <b>Si, Nombre del plan de salud:</b> _____ Identificación de miembro / Número de póliza: _____ <b>Tiene Medicaid?</b> <input type="checkbox"/> <b>Si, Numero de Medicaid ID:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No, mi hijo/a no tiene seguro médico</b>	
Todos los niños en Nueva York pueden obtener un seguro de salud, incluso si son inmigrantes indocumentados. Si su hijo/a no está asegurado, el Centro de Salud Escolar puede conectarlo con un representante de seguro de salud pública. Si su hijo/a no tiene seguro médico, ¿le gustaría que un representante lo contacte para ayudarlo a obtener un seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	
<b>Por favor lea Caja 1</b> He leído y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma proporciona el consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar de HHLI. Doy permiso para que mi hijo/a se inscriba en el Centro de Salud Escolar de HHLI. Entiendo que este formulario de consentimiento permanecerá vigente mientras mi hijo/a esté inscrito en la escuela.	
X _____	
<b>Firma del Padre/ Guardián</b>	<b>Fecha:</b>

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a pueda recibir servicios de salud si ningún costo ofrecidos por un médico, enfermera practicante y otros profesionales certificados por el Estado de Nueva York del programa de salud de la Escuela de Roosevelt/Freeport/Westbury y de bajo costo en el Centro de Salud Escolar de HHLI y que incluye los siguientes servicios como parte del programa Centro de Salud Escolar. Que esta subministrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

- Examen físico completo y análisis de laboratorio para escuela, deportes y trabajo
- Prueba del oído, la vista, escoliosis y presión arterial (presión alta/baja)
- Inmunizaciones o Vacunas y Primeros auxilios
- Recetas y tratamiento de enfermedades
- Verificación de embarazo
- Referencia Dental
- Pruebas clínicas y tratamiento de enfermedades sexuales
- Educación y consejería sobre la salud, Nutrición y control de peso
- Consejera para problemas de la escuela y personales
- Provisiones para servicios de salud en los centros de salud de HHLI después de las escuela y durante las vacaciones escolares

Yo entiendo que cuando sea necesario se hará todo lo posible para tratar de comunicarse conmigo antes de dar tratamiento que requiera el consentimiento de los padres bajo la ley del estado de Nueva York. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el equipo médico se aseguren que los servicios específicos no serán divulgados con los padres o guardianes del estudiante solamente cuando el estudiante lo permita. El personal del Centro de Salud Escolar de HHLI considera que el involucramiento de los padres es importante. El personal motivara a que el estudiante incluya a sus padres/ guardianes a los servicios médicos y/o de consejería.

## RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE

Caja 2

### RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

#### **Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad:**

Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Harmony Healthcare Long Island, Inc. (HHLI), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por HHLI y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

**Firma del Paciente o Representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_  
(Imprimir) (Si es aplicable)

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
(Si es aplicable)

## Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York

.....Caja 3

Por la presente autorizo a HHLI a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York.

**Firma del Paciente o Representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO  
Harmony Healthcare Long Island  
“HHLI”**

En este Formulario de consentimiento, puede escoger si permite a HHLI tener acceso a su historia clínica a través de una red informática operada por HEALTHIX, que es parte de una red informática estatal. Esto puede ayudar a recolectar las historias clínicas que tiene en diferentes lugares donde ha sido tratado, y ponerlas a disposición de nuestra oficina de manera electrónica.

Usted puede usar este Formulario de consentimiento para decidir si permite o no a HHLI ver y obtener acceso a su historia clínica electrónica. Puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. **Su elección no afectará el que reciba atención o cobertura médica. Su elección de dar o negar su consentimiento no puede ser la base para negarle servicios médicos.**

Si marca el casillero "**DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "Sí, el personal de HHLI involucrado en mi atención puede ver y acceder a todas mis historias clínicas a través de HEALTHIX".

Si marca el casillero "**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "No, HHLI no puede tener acceso a mi historia clínica a través de HEALTHIX para ningún propósito".

HEALTHIX es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y segura, para mejorar la calidad de los servicios médicos. Esta forma de compartir se denomina ehealth o tecnología de la información médica (TI médica). Para conocer más acerca de ehealth en el Estado de Nueva York, lea el folleto, "Mejor información significa mejor cuidado". Puede consultar a HHLI, o ingresar al sitio web [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org).

**Lea detenidamente la información al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.**

**Sus opciones de consentimiento.** Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que HHLI acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX en relación con mis servicios médicos, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que HHLI acceda a** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica.*

**NOTA: A MENOS QUE MARQUE ESTE CASILLERO, la ley del Estado de Nueva York permite que las personas que lo atienden en una emergencia accedan a su historia clínica, incluidos los registros que están disponibles a través de HEALTHIX.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal en letra de imprenta  
(si es aplicable)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal  
con el paciente (si corresponde)

## FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO

Detalles sobre la información del paciente en HEALTHIX y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo será utilizada su información.** Su información médica electrónica será utilizada por HHLI únicamente para:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si tiene seguro médico y qué nivel de cobertura.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica provista a todos los pacientes.

**NOTA: La elección que realice en este Formulario de consentimiento NO permite que las compañías de seguros tengan acceso a su información con el fin de decidir si le brindan cobertura o si pagan sus facturas. Puede tomar esa decisión en un Formulario de consentimiento individual que las compañías de seguro deben usar.**

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si presta su consentimiento, HHLI podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible, a través de la RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Su historia clínica puede incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura), resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas delicados de salud, entre los que se incluyen:

- problemas de alcohol o drogas;
- anticoncepción o aborto (planificación familiar);
- análisis o enfermedades genéticas (heredadas);
- VIH/SIDA;
- trastornos mentales;
- enfermedades de transmisión sexual.

3. **De dónde proviene su información médica.** Su información proviene de lugares que le han suministrado atención médica o cobertura médica ("Fuentes de información"). Entre ellos se incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro, el programa Medicaid, y otras organizaciones de ehealth que intercambian información médica de manera electrónica. Una lista completa de fuentes de información está disponible en Hudson River HealthCare. Puede obtener una lista actualizada de fuentes de información en cualquier momento, ingresando al sitio web de HEALTHIX [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o llamando al 877.695.4749.

4. **Quién puede tener acceso a su información, si usted presta su consentimiento.** Únicamente estas personas pueden acceder a su información: médicos y otros profesionales de la salud que trabajen en HHLI y el personal médico que esté involucrado en su atención médica; profesionales de la salud que están cubriendo a médicos de HHLI o que están de guardia; y miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de consentimiento, según se describen en el párrafo uno.

5. **Sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en cualquier momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información, lo ha hecho, llame a HHLI al: 516.571.8600 o ingrese al sitio web de HEALTHIX: [www.healthix.org](http://www.healthix.org); o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

6. **Redivulgación de la información.** Cualquier información médica electrónica sobre usted puede ser divulgada nuevamente por HHLI a terceros, sólo según el alcance permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica para información médica sobre usted que exista en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información médica, incluido el tratamiento contra el VIH/SIDA, el alcohol o las drogas. Se deben seguir requisitos especiales siempre que cualquier persona reciba información sensible de este tipo. La HEALTHIX y las personas que accedan a esta información a través de la HEALTHIX deben cumplir con estos requisitos.

7. **Perfodo de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento.

8. **Cómo retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario para retirar el consentimiento y entregandoselo a la HHLI. También puede cambiar las elecciones de su consentimiento firmando un nuevo Formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en el sitio web de THINC [www.healthix.org](http://www.healthix.org), o llamando al 877.695.4749.

**Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de HEALTHIX durante la vigencia de su consentimiento, pueden copiar o incluir información en su historia clínica. Incluso si después usted decide retirar su consentimiento, estas no están obligadas a devolver o eliminar esta información de sus registros.**

9. **Copia del formulario.** Tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento luego de firmarlo.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA****[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) \_\_\_\_\_ a (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

Otro: \_\_\_\_\_

Incluye: (Indicar con iniciales)

\_\_\_\_\_ **Tratamiento de alcohol/drogas**

\_\_\_\_\_ **Información de salud mental**

\_\_\_\_\_ **Información relacionada con el VIH**

**Autorización para discutir información médica**

(b)  Coloque aquí sus iniciales \_\_\_\_\_ Yo autorizo \_\_\_\_\_  
 Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica  
 para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

\_\_\_\_\_ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

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

\* **El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**