

School-Based Wellness Center
(Centro escolar para el bienestar general de los alumnos)

Carrie Downie Elementary

1201 Delaware Street
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2926

Eisenberg Elementary

27 Landers Lane
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)429-4074

New Castle Elementary

903 Delaware Street
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2880

Pleasantville Elementary

16 Pleasant Place
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2935

Wilmington Manor Elementary

200 E. Roosevelt Avenue
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2901

Castle Hills Elementary

502 Moores Lane
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2915

Wilbur Elementary

4050 Wrangle Hill Road
Bear, DE 19701
Teléfono: (302)832-6330

Southern Elementary

795 Cox Neck road
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)832-6300

Estimados padres o tutores:

El Centro escolar para el bienestar general de los alumnos (*School-Based Wellness Center* - SBWC) es una asociación entre Nemours Children's Health y el Distrito escolar de Colonial. Esta es una invitación para inscribir a su hijo en el SBWC.

En el SBWC de la escuela de su hijo, la atención médica se ofrece a través de un médico o enfermero profesional y un psicólogo o un trabajador social clínico con licencia o un consejero profesional de salud mental con licencia.

Si desea inscribir a su hijo en el SBWC, debe presentar los siguientes documentos:

- **Información del seguro actualizada**, si su hijo cuenta con un seguro de salud. (Tenga en cuenta: No se le cobrará ningún copago, coseguro o deducible y no se rechazará a ninguna persona por su capacidad de pago).
- **Un formulario de consentimiento completo** (puede encontrarlo en este paquete).
- **Un formulario de inscripción del estudiante** y un **formulario de antecedentes médicos** (puede encontrarlo en este paquete). Los formularios de registro/inscripción completos se deben entregar lo antes posible en el SBWC.

Servicios que se ofrecen en el SBWC:

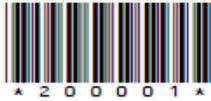
- Exámenes físicos
- Cribados
- Inmunizaciones
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Asesoramiento psicológico (individual, familiar y grupal)
- Intervención ante crisis y prevención del suicidio
- Educación para la salud y reducción de riesgos

Debe comprender que el pediatra de su hijo o el médico de familia continuará siendo el médico principal de su hijo. El SBWC no reemplaza al pediatra del niño ni al médico de familia; los médicos y enfermeros del SBWC trabajarán con el médico principal para cuidar a su hijo. El SBWC ofrece servicios que pueden sumarse a la atención que le brinda el médico principal. Cuando corresponda, y con su permiso, intentaremos compartir información médica con el médico de su hijo para prevenir la duplicación de los servicios de atención médica y para cuidar adecuadamente de su hijo. Si su hijo no tiene un médico, lo ayudaremos a encontrar uno.

Esperamos que inscriba a su hijo en el SBWC. De esta manera, podemos trabajar junto con usted y el médico de su hijo para mantenerlo sano y en la escuela. Anime al pediatra de su hijo o al médico de familia a comunicarse con el SBWC si tiene alguna pregunta. **Si usted tiene alguna duda o necesita más información, comuníquese con el SBWC.**

Atentamente,

Denise Hughes
Especialista en salud de la población
(302) 332-2642



Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

School-Based Wellness Center
(Centro escolar para el bienestar general de los alumnos)

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE/PADRE PARA RECIBIR SERVICIOS

Yo, _____, doy mi consentimiento para que _____

(Padre/Representante legal del estudiante)

(Nombre del estudiante)

reciba servicios de salud en el SBWC administrado por **Nemours Children's Health (Nemours)**.

Servicios que se ofrecen:

- Evaluaciones completas de salud (para estudiantes que no tienen un médico de atención primaria)
- Inmunizaciones
- Diagnóstico y tratamiento de afecciones médicas crónicas, leves y agudas
- Derivaciones y seguimiento para la atención especializada y servicios de salud dental y de la vista
- Tratamiento, terapia e intervención ante crisis de salud mental
- Derivación a servicios de salud mental y abuso de sustancias, incluyendo atención psiquiátrica de emergencia, y programas de apoyo y comunitarios

Al dar mi consentimiento para permitir que el estudiante participe del centro de atención SBWC:

1. He tenido la posibilidad de recibir y revisar el folleto de Notificación de prácticas de privacidad de Nemours, que se adjunta a este documento. *(Puede encontrarlo en el paquete).*
2. **Comprendo** que es posible que se facture al seguro por los servicios cubiertos y me comprometo a proporcionar la información del seguro antes de que se presten los servicios.
3. **Comprendo** que el SBWC no cobrará copagos ni habrá ningún otro gasto deducible por el uso de sus servicios.
4. **Comprendo** que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, pero las medidas que ya se hayan tomado antes de revocar este consentimiento quedarán exceptuadas. La revocación debe ser por escrito y se debe enviar al SBWC que esté asociado con la atención del niño.
5. **Comprendo** que el SBWC trabaja en colaboración con el Distrito escolar de Colonial. Como parte de esta colaboración, ambas partes pueden revisar y compartir toda la información, tanto oral como escrita, relacionada con mi hijo en la medida en que esa información sea necesaria. Esto incluye los registros médicos y escolares. También pueden conversar sobre las necesidades sociales y/o médicas pertinentes con el personal de la escuela de Colonial en busca del mayor beneficio para el niño y su familia.

Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE/PADRE PARA RECIBIR SERVICIOS

6. **Comprendo** que es posible que se recolecte, utilice y comparta información con otras personas, lo cual incluye grabaciones (fotografías, video, audio o medios electrónicos). Esto solo se realizará en la medida en que sea necesario para lo siguiente:
- Coordinación del tratamiento con los profesionales del cuidado de la salud;
 - Garantizar que los profesionales a quienes se me refiere cuenten con toda la información de salud necesaria;
 - Elegibilidad, facturación, administración de reclamos, necesidad médica y revisión de la utilización;
 - Reporte obligatorio de lesiones o enfermedades, como las enfermedades que se deben denunciar;
 - Reporte obligatorio para los registros, como cáncer y vacunación; e
 - Inclusión en Intercambios de Información de Salud.
7. **Acepto** que el personal de la escuela pueda acompañar a mi hijo para un examen médico.
8. **Reconozco** que toda la información que se incluye en el Formulario de antecedentes médicos y en este consentimiento es precisa y completa.
9. Telemedicina
- Comprendo que la "telemedicina" es la forma de ofrecer servicios de atención médica utilizando la tecnología de las comunicaciones para ayudar a evaluar, diagnosticar, consultar, educar, monitorear y administrar la atención y el tratamiento sin estar presente en el mismo lugar físico que el profesional de la salud.
 - Comprendo que una visita de telemedicina no es lo mismo que una visita en persona porque no estaré en la misma sala que el profesional de la salud. Comprendo que no seré tratado a través de telemedicina a menos que mi afección permita el uso de esta tecnología, ya que el profesional de la salud no podrá realizar algunos aspectos de un examen físico completo.
 - Comprendo que la tecnología de comunicaciones digitales puede incluir, entre otras cosas, audio o video de dos vías en tiempo real, y otras comunicaciones electrónicas o telecomunicaciones, incluyendo el monitoreo remoto de los pacientes, las videoconferencias seguras y los mensajes de texto seguros con el equipo de atención médica.
 - Comprendo que el uso de los servicios de telemedicina ofrece beneficios, incluyendo una evaluación y gestión médica cómoda, entre otros. También comprendo que existen riesgos al recibir tratamiento a través de la telemedicina, entre los que se encuentran la interrupción de la conexión de audio o video, que puede obligar a posponer la visita hasta más tarde y/o a realizar la visita por métodos alternativos y, en casos excepcionales, el acceso no autorizado a mi información confidencial. En caso de que ocurra una falla técnica, comprendo que debo comunicarme inmediatamente con la oficina del profesional de la salud o, si se trata de una emergencia, con el 911.

Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE/PADRE PARA RECIBIR SERVICIOS

- Comprendo que las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina y que Nemours usa protocolos de seguridad para ayudar a proteger mi privacidad y garantizar que mis comunicaciones confidenciales solo se envíen a los integrantes del equipo de atención correspondientes.
- Comprendo que Nemours no grabará el audio o el video de mi visita de telemedicina sin mi consentimiento en el momento de la grabación.
- Doy mi consentimiento para que Nemours obtenga mi información de salud y me brinde servicios de atención médica a través de comunicaciones de telemedicina en el momento y el lugar en el que el profesional de la salud o un integrante calificado de mi equipo de atención determine que es adecuado y necesario.
- Comprendo que, en cualquier momento, puedo negarme a participar de los servicios de telemedicina o dejar de hacerlo y solicitar servicios alternativos, como una visita en persona.

10. El estudiante y yo hemos leído atentamente este consentimiento. Todas mis preguntas, si las hubo, fueron respondidas de manera satisfactoria. Comprendo que puedo llamar al Coordinador del SBWC si tengo alguna pregunta antes o después de firmar este Consentimiento para recibir servicios.

Al firmar más adelante, certifico que soy el padre o representante legal del estudiante cuyo nombre figura más atrás y que he leído las disposiciones de este consentimiento sobre los servicios que se ofrecen en el SBWC del estudiante y acepto, de forma voluntaria, que mi estudiante participe. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía de los resultados que se pueden obtener por los servicios o el tratamiento.

Firma del padre o representante legal: _____

Nombre en imprenta del padre o representante legal: _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____ **(AM/PM)**

*Nemours incluye: The Nemours Foundation, una corporación sin fines de lucro de Florida, sus divisiones operativas e instalaciones, y sus afiliadas y subsidiarias, incluidos Nemours Children's Hospital, Delaware; Nemours Children's Hospital, Florida; Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Bryn Mawr; y Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Deptford; así como todas las entidades que operan bajo el nombre de Nemours Children's Health.

Nombre del paciente:
MRN:
Fecha de nacimiento:

Formulario de inscripción del estudiante en el SBWC

Escuela: (marque con un círculo)					
Carrie Downie Elementary	Castle Hills Elementary	Eisenberg Elementary	New Castle Elementary		
Pleasantville Elementary	Southern Elementary	Wilbur Elementary	Wilmington Manor Elementary		
Grado: K 1 2 3 4 5			ID del estudiante (almuerzo):		
Apellido del paciente:		Nombre:		Segundo nombre:	
Identificación de género:	Masculino	Femenino	Masculino transgénero	Femenino transgénero	No desea responder
Domicilio:				Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:			
Idioma (marcar con un círculo)	Inglés	Español	Señas	Francés	Otro
¿Habla inglés?	No	No muy bien	Bien	Muy bien	No desea responder
Paciente de Nemours (marcar con un círculo): Sí No					
Necesita intérprete (marcar con un círculo): Sí No					
Etnia (marcar con un círculo):		Puertorriqueño		Mexicano, Americano mexicano, Chicano	
		No hispano o latino		Otro hispano, latino o español	
				Cubano	
				No desea responder	
Raza (marcar con un círculo):		Indoamericano o nativo de Alaska		Indoasiático	
		Filipino		Guamanian o Chamorro	
		Nativo de Hawaii		Samoano	
		Otro asiático		Otro de las islas del Pacífico	
				Negro o afroamericano	
				Japonés	
				Blanco o caucásico	
				Otro	
				Chino	
				Coreano	
				Vietnamita	
				No desea responder	
Nombre completo Padre 1:			Fecha de nacimiento:		Tel. particular.:
Domicilio:			Celular:		
Ciudad:			Estado:		Código postal:
			Tel. laboral:		
¿Tiene la custodia legal del paciente? Marque una opción. <input type="checkbox"/> Custodia completa <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> No tiene la custodia					
Nombre completo Padre 2:			Fecha de nacimiento:		Tel. particular:
Domicilio:			Celular:		
Ciudad:			Estado:		Código postal:
			Tel. laboral:		
¿Tiene la custodia legal del paciente? Marque una opción. <input type="checkbox"/> Custodia completa <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> No tiene la custodia					
Nombre del representante legal (si no es la madre o el padre):			Fecha de nacimiento:		Tel. particular.:
Relación con el estudiante:					
Domicilio:			Celular:		
Ciudad:			Estado:		Código postal:
			Tel. laboral:		
¿Tiene la custodia legal del paciente? Marque una opción. <input type="checkbox"/> Custodia completa <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> No tiene la custodia					

Nombre del paciente:
MRN:
Fecha de nacimiento:

Formulario de inscripción del estudiante en el SBWC

► Información del seguro de salud (OBLIGATORIA) –
Envíe una copia o una fotografía del frente y dorso de la tarjeta del seguro de salud por correo electrónico a SBHC@nemours.org

Fuente del pago para la atención. Marque una de las siguientes opciones:

- Sin seguro
- Proveedor de Medicaid: _____
Número de Medicaid: _____
- Seguro comercial: _____
Número de póliza: _____
Nombre del suscriptor: _____
Relación con el estudiante: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Delaware Healthy Children Program

Información del seguro de salud secundario:

- ____ Proveedor de Medicaid: _____
- ____ Número de Medicaid: _____
- ____ Seguro comercial: _____
Número de póliza: _____
Nombre del suscriptor: _____
Relación con el estudiante: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Siglas: K: Kindergarten; ID: Identificación;

Nombre del paciente:
MRN:
Fecha de nacimiento:

Formulario de antecedentes médicos del SBWC

El personal del SBWC necesita contar con los antecedentes médicos completos y precisos del estudiante para ofrecer atención de alta calidad. Complete este formulario de la mejor manera posible en letra de imprenta.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

¿Su hijo tiene alguna alergia? (alimentos, medicamentos, látex)

Sí No Si su respuesta es afirmativa, indique a qué. _____

Proporcione la siguiente información sobre los medicamentos que su hijo está tomando.

Nombre de los medicamentos	Motivo	Desde cuándo los toma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del profesional de atención primaria: _____

Fecha del último examen físico: _____

Indique si su hijo ha tenido alguna de las siguientes afecciones:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Alergia estacional |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Retrasos de desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/de vejiga | <input type="checkbox"/> Enf. de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Infección en los oídos | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales/estomacales |
| <input type="checkbox"/> Problemas genéticos/defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Alergia a alimentos | <input type="checkbox"/> Infección reiterada del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Problemas en la vista |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca reumática | |

Siglas: ADD/ADHD: Trastorno de déficit de atención/Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad;

Si marcó alguna de las opciones anteriores, dé más detalles. _____

¿Alguna vez su hijo fue hospitalizado o recibió terapia para su salud emocional?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Motivo: _____

Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

Formulario de antecedentes médicos del SBWC

Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que **LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE SU HIJO** (padres, hermanos, abuelos, tíos, etc.) hayan tenido e indique el integrante de la familia junto a la enfermedad.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/Consumo de drogas _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno genético _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> Enf. de células falciformes _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida congénita de la audición _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/de vejiga _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/vesícula _____ | <input type="checkbox"/> Fallecimiento inexplicable _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Preocupaciones del padre/representante legal

Si tiene alguna preocupación, programe una visita al SBWC o llámenos al 1-302- 429-4083 para conversar sobre sus preocupaciones.

Si quiere recibir asistencia para establecer un seguro, buscar un médico o un dentista, comuníquese con el SBWC.

Completado por (Firma): _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Completado por (Nombre en imprenta): _____

Revisado por (Firma): _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Revisado por (Nombre en imprenta): _____



Determinantes sociales de la salud

Actualizado el: 12/08/2020

Nombre del paciente :

Cumpleaños del paciente:

Fecha:

Aquí en Nemours, queremos darle el mejor cuidado posible a su niño y su familia. Muchas cosas en su vida pueden impactar la salud de su niño, como lo que come, cuan difícil pueda ser llegar hasta aquí, su trabajo, y si usted puede pagar por la medicina o tratamiento médico. Con estas preguntas, estamos aprendiendo como podemos servir mejor a los niños y las familias. Estas preguntas pueden ser personales, pero así como con todo su expediente médico, cualquier cosa que usted comparta será privada y confidencial. Estamos obligados por ley a reportar cualquier abuso.

Por favor, tome unos minutos para contestar las siguientes preguntas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Cuando haya terminado, por favor devuélvala a la persona que se la entregó, o en la recepción. Gracias!

¿Desea completar el formulario?

Sí

No

1. En los últimos 12 meses, ¿en algún momento se le terminaron los alimentos que había comprado y no tuvo dinero para comprar más?

Sí No

2. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo dificultad para pagar un médico, un dentista, o los medicamentos suyos o de su hijo?

Sí No

3. En los últimos 12 meses, ¿su hijo se quedó alguna vez sin medicamentos o faltó a una cita médica porque usted no tenía manera de llegar a la farmacia o al médico?

Sí No

4. En los últimos 12 meses, ¿le cortaron algún servicio público (electricidad, gas, agua, calefacción o teléfono) porque no pudo pagarlo?

Sí No

5. ¿Le preocupa el acceso confiable a Internet?

Sí No

6. En los últimos 12 meses, ¿usted o su hijo debieron quedarse en un refugio, en la casa de otras personas, en un hotel, en la calle, en la playa, en un automóvil o en un parque, aunque solo haya sido por una noche?

Sí No

7. Actualmente, ¿tiene problemas en el lugar donde vive, como moho, insectos, hormigas o ratas, caños o pintura con plomo, falta de calefacción o aire acondicionado, falta de detectores de humo, cocina u horno, o detectores de humo, cocina u horno que no funcionan, filtraciones de agua u otros problemas que requieran reparaciones?

Sí No

8. ¿Le preocupa poder perder su vivienda?

Sí No

9. ¿Le preocupa su acuerdo de custodia o de cuidado con parientes o el estado de inmigrante de su familia?

Sí No

10. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de su familia fue golpeado, amenazado, abusado u hostigado?

Sí No

11. ¿Está preocupado por la seguridad, la violencia con armas de fuego, la limpieza o los delitos en su vecindario?

Sí No

12. ¿Le cuesta en algunos casos comprender lo que su médico o enfermero le dice sobre la salud y los medicamentos de su hijo?

Sí No

13. ¿Le cuesta en algunos casos comprender las instrucciones del médico y los documentos médicos?

Sí No

14. En los últimos 12 meses, ¿en algún momento su hijo necesitó ayuda y usted no tenía a quién recurrir (por ejemplo, para el transporte o el cuidado del niño)?

Sí No *Si responde: "Sí": ¿Podría explicar lo que ocurrió?*

¿Le interesa recibir información para tratar estas necesidades?

Sí

No

Fecha de vigencia: **6 de julio de 2021**

Aviso de Prácticas de Privacidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso) de Nemours describe cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted o hijo y cómo usted puede acceder a esta información. **Lealo detenidamente.**

Es su información

Su historia clínica pertenece a Nemours, pero es **su** información.

Es nuestra responsabilidad...

- Mantener la privacidad y la seguridad de su información médica.
- Cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso.
- Entregarle una copia de este Aviso y estar a su disposición si tiene alguna pregunta o inquietud.
- Usar o compartir su información únicamente como se describe aquí, a menos que usted nos autorice a hacerlo de otro modo. Si nos autoriza a hacerlo de otro modo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.
- Notificarle a la brevedad si su información se ha visto comprometida.

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), visite el sitio web del <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.*

**Disponible solo en inglés*



NEMOURS
CHILDREN'S HEALTH

Sus derechos con respecto a la información médica

• Acceso a los registros

Puede solicitar recibir una copia electrónica o impresa de su historia clínica y otra información médica. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica generalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable basado en los costos.

En circunstancias excepcionales, podemos rechazar su solicitud junto con una explicación. Si denegamos su solicitud, usted puede solicitar una revisión por parte de otro profesional de atención médica, que será elegido por Nemours, y cumpliremos con el resultado de la revisión..

• Modificar su historia clínica

Puede solicitarnos que corrijamos información médica que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos denegar su solicitud, pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

• Solicitud de restricción

Usted puede solicitar a Nemours que no comparta su información médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede sol citar una restricción de divulgación hacia personas involucradas en su cuidado. Por ejemplo, puede solicitar que no compartamos información sobre un procedimiento o tratamiento.

No tenemos la obligación de cumplir con su solicitud, pero trataremos de hacerlo y le informaremos si podemos. Si estamos de acuerdo con la restricción, cumpliremos con ella, a menos que la información sea necesaria para brindar tratamiento.

Si usted paga de su bolsillo un servicio o un artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguro médico. Cumpliremos con dicha solicitud a menos que la ley nos exija compartir esa información.

• Solicitud de confidencialidad de las comunicaciones

Nos podríamos comunicar con usted por medio de un correo electrónico, mensaje de texto, llamadas telefónicas y a través de nuestro portal de pacientes. Los correos electrónicos, mensajes de textos o comunicaciones electrónicas fuera de nuestro portal podrían no estar codificados o protegidos y esto podría ser interceptado por otra persona u organización. Nosotros asumimos que entiende estos riesgos si nos facilita su teléfono móvil o dirección de correo electrónico para comunicarnos con usted.

Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de la manera en que se sienta cómodo. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo postal.

• Corrección de la información médica protegida

Si cree que la información que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una modificación.

Nemours revisará la solicitud y le notificará la decisión por escrito. Si se aprueba su solicitud, Nemours modificará la información. También haremos un esfuerzo razonable para notificar a las personas a quienes se divulgó la información.

En caso de que deneguemos su solicitud, Nemours proporcionará el motivo de la denegación en un plazo de 60 días; además, le proporcionaremos instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

• Informe de divulgaciones

Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces en que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y determinadas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado que hagamos). Le proporcionaremos un informe por año gratis, pero es posible que le cobremos un cargo razonable basado en el costo si solicita otro informe en un plazo de 12 meses.

• Representantes Personales

Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Antes de tomar cualquier medida, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted.

¿Cómo podría Nemours usar y compartir mi información?

Podríamos utilizar y compartir su información médica con los siguientes fines y ejemplos:

• Para garantizar que reciba el mejor tratamiento posible.

Compartiremos los detalles de su diagnóstico e información de tratamiento con otros proveedores de atención médica. Compartiremos el diagnóstico e información del tratamiento a través de Intercambios de Información Médica para que no haya demoras innecesarias en su atención médica cuando reciba tratamiento por parte de proveedores que participen en dichos intercambios. Puede comunicarse con la Oficina de Privacidad para evitar que su información se comparta con los Intercambios de Información Médica. Compartiremos su información de diagnóstico y tratamiento dentro de Nemours según sea necesario para brindarle la mejor atención médica posible

• Para recibir el pago por los servicios que proporcionamos.

Compartiremos su información con su compañía de seguros para que nos pueda pagar por los servicios que le hayamos prestado. Podemos compartir información sobre tratamientos planificados para obtener la aprobación para los servicios que necesita.

• Para mejorar la prestación de nuestra atención médica y operaciones.

Podríamos utilizar la totalidad o parte de su información médica para mejorar métodos de tratamiento. Usaremos su información médica para ofrecerle los mejores servicios a nuestros pacientes y sus familias. Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales para evaluar nuestros servicios, programas e instalaciones.

• Para brindarle información sobre servicios y beneficios médicos:

- » Para que tenga conocimiento sobre nuevos servicios o ubicaciones de Nemours
- » Para enviarle materiales educativos sobre su enfermedad o afección
- » Para anunciar la incorporación o la partida de un médico u otro proveedor de atención médica
- » Para recordarle las citas médicas y que debe volver a surtir sus recetas
- » Para informarle sobre eventos especiales y actividades de recaudación de fondos

- **Para colaborar con otras organizaciones y proveedores de atención médica.** Hacemos esto para coordinar y proporcionar atención médica, reducir costos, mejorar la calidad y proporcionar mayor valor para los servicios que ofrecemos. Algunos ejemplos de estas organizaciones son:
 - » Redes Clínicamente Integradas (CIN, por sus siglas en inglés).
 - » Prestación de servicios en otras organizaciones de atención médica.
 - » Otros Arreglos de Atención Médica Organizados (OHCA, por sus siglas en inglés).

¿Qué información podríamos compartir sin su consentimiento u objeción?

- **Si lo requiere la ley.** Si las leyes federales, estatales o locales exigen que divulguemos su información médica, tenemos la obligación de hacerlo.
- **Con fines de salud pública.** Podemos compartir su información médica para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública pueden incluir las siguientes:
 - » Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
 - » Informe de nacimientos y muertes.
 - » Informe de reacciones a medicamentos o problemas con productos.
 - » Notificación de productos retirados del mercado que una persona podría estar utilizando.
 - » Notificación a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección.
- **Abuso o negligencia.** Podemos compartir su información médica protegida con una autoridad de salud pública u otras autoridades gubernamentales que estén autorizadas por la ley a recibir informes de abuso, violencia o negligencia.
- **Actividades de supervisión médica.** Podemos compartir su información médica con una agencia de supervisión para que realice actividades autorizadas por la ley. Algunos ejemplos son auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones.
- **Para impedir una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Nemours puede usar o divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad del público, otra persona o usted.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si es donante de órganos, podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones que administran la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante.
- **Indemnización laboral.** Podemos divulgar su información médica a programas de indemnización laboral o similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Militares y veteranos.** Si es miembro de las Fuerzas Armadas, Nemours puede divulgar su información médica según lo exijan las autoridades militares pertinentes.
- **Procesos judiciales y administrativos.** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación judicial, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal de parte de otra persona involucrada en la disputa.

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de empresas funerarias.** Podemos divulgar su información médica a un médico forense o examinador médico. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su información médica a directores de empresas funerarias para que lleven a cabo sus tareas.
- **Instituciones correccionales.** Podemos compartir o divulgar su información médica a una institución correccional o a un funcionario del orden público si usted se encuentra bajo custodia. Esto es necesario para brindarle atención médica, proteger la salud y la seguridad de otras personas o preservar la seguridad de la institución correccional.
- **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de protección para el presidente y otras personas.** Podemos compartir su información médica con agencias gubernamentales de cumplimiento de la ley para que puedan brindar protección a funcionarios constitucionales electos y jefes de estado o llevar a cabo investigaciones.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos compartir su información médica si así lo solicitan funcionarios del orden público para:
 - » Intentar identificar o localizar a un sospechoso de un delito, un fugitivo, un testigo esencial o una persona desaparecida durante la investigación de un delito
 - » Investigar una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta sospechosa.
 - » Denunciar un delito, cuando las circunstancias lo requieran, lo que incluye la ubicación, las víctimas o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Investigación.** Realizamos y participamos en muchas actividades de investigación. Todos los proyectos de investigación deben ser aprobados mediante un proceso de revisión especial para proteger la seguridad, el bienestar y la privacidad de los pacientes. El proceso de revisión determina si la solicitud de su información ha cumplido con los requisitos federales y estatales para proteger su información.

¿Qué información médica puede usar y divulgar Nemours si usted no se opone?

- **Mercadeo.** Nemours puede usar su información médica para enviarle materiales educativos relacionados con su enfermedad o afección, aconsejarle sobre ciertas alternativas de tratamiento relacionadas con su enfermedad o afección, o informarle sobre ciertos beneficios y servicios de salud relacionados con su enfermedad o afección. Nunca venderemos su información médica a menos que nos de su permiso por escrito.
- **Recaudación de fondos.** Podemos comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos, pero puede pedirnos que no nos comuniquemos con usted nuevamente.
- **Directorio del hospital.** Incluiremos información limitada sobre usted en nuestro directorio del hospital durante su estadía. Esto tiene el fin de que sus familiares, amigos y miembros del clero puedan comunicarse con usted o visitarlo en el hospital. Usted decide si desea que su información se incluya en nuestro directorio. En cualquier momento durante su estadía, puede solicitar que su información se excluya del directorio.

- **Familiares y otras personas involucradas en su atención médica.** Podemos compartir su información médica con sus amigos o familiares involucrados en su atención médica. Lo haremos si nos da permiso o si, según nuestro criterio profesional, es lo mejor para su salud.
- **Ayuda en caso de desastre.** Podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones que brinden asistencia en caso de desastre (como la Cruz Roja) para que se pueda avisar a su familia sobre su afección, su estado y su ubicación.

Si no puede comunicarnos sus deseos, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos tomar la decisión de compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

¿De qué otras maneras se puede usar mi información médica?

Los usos y las divulgaciones de su información médica que no estén cubiertos por este Aviso o por las leyes federales o estatales de protección de información médica se harán únicamente con su autorización por escrito.

¿Puedo revocar mi autorización para divulgar información?

Si nos autoriza a usar o divulgar su información médica pero luego cambia de opinión, puede revocar su autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud a la Oficina de Privacidad de Nemours utilizando la información de contacto que se proporciona a continuación. Dejaremos de compartir su información inmediatamente después de procesar su solicitud. Sin embargo, no podremos recuperar/eliminar ninguna información que ya hayamos compartido.

¿Cómo me comunico con la Oficina de Privacidad de Nemours?

Para comunicarse con la Oficina de Privacidad de Nemours, puede llamar al (800) 472-6610, enviar un correo electrónico a privacy@nemours.org, o enviar una carta a la siguiente dirección:

The Nemours Privacy Office, Attn: Chief Privacy Officer
10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

¿Dónde puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad?

Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo en forma electrónica. Solicíteselo a cualquier asociado de Nemours y le proporcionaremos una copia a la brevedad.

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web. (<https://www.nemours.org/privacy-practices.html>).

¿Qué sucede si creo que se han violado mis derechos de información médica y quiero presentar una queja?

Responderemos todas las preguntas, comentarios o inquietudes de inmediato. Este es un derecho que se le otorga y Nemours no tomará represalias contra usted por presentar una queja. Puede presentar una queja directamente en Nemours para resolver cualquier inquietud o pregunta sobre su información médica. Para comunicarse con la Oficina de Privacidad, llame al (800) 472-6610, envíe un correo electrónico a privacy@nemours.org, o envíe una carta por correo postal a la siguiente dirección:

The Nemours Privacy Office, Attn: Chief Privacy Officer
10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

También puede presentar su queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por escrito a 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, por teléfono al (877) 696-6775, o en línea en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

Si desea permanecer en el anonimato, llame a la línea directa de Cumplimiento de Nemours al (866) 636-4685.

What if my information is lost or stolen from Nemours?

The Nemours Privacy Office will contact you, informing you what information was lost and how best to protect yourself.

Language Assistance

Los servicios de asistencia lingüística están disponibles de forma gratuita. Llame al (800) 851-5691 para obtener ayuda. Para obtener más información, visite <https://www.nemours.org/notice-of-nondiscrimination.html>.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a The Nemours Foundation y a todas sus compañías afiliadas, centros, programas y departamentos. Esto incluye a todos los médicos empleados y otros miembros del personal médico y a los profesionales de la salud asociados. Los miembros del personal médico, incluido su médico personal, pueden tener diferentes políticas o prácticas de privacidad relacionadas con el uso o la divulgación de su información médica protegida. Ver la lista completa de las ubicaciones de Nemours y las compañías afiliadas <https://www.nemours.org/contact.html>.

