



Escuelas Públicas de New Haven- Centros de Salud Escolar



PERMISO DE PADRES PARA SERVICIOS DENTALES

Queridos padres/guardián: Las escuelas públicas de New Haven se complace en ofrecer servicios dentales a los estudiantes en la escuela de su hijo. Nuestros higienistas dentales proveerán estos servicios durante el horario escolar:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| ✓ Examen de detección/exámenes | ✓ Sellos dentales | ✓ Educación Dental |
| ✓ Limpiezas | ✓ Radios-X y foto intra/extra oral | ✓ Referidos |
| ✓ Tratamientos de Fluoride | ✓ Cuido de Emergencia | ✓ Empastar los dientes y extracción simple (dientes de leche sueltos) |

Instrucciones: Por favor llene toda la siguiente información y devuelva este formulario al centro de salud escolar de su niño si desea que su hijo sea elegible para todos estas. Nosotros le enviaremos la cuenta a su compañía de seguros como lo hacemos por cualquier servicio de SHC, y no habrá ningún costo para usted. Por favor llene un formulario por niño.

Información Personal y para Facturar

Nombre COMPLETO del niño/a:		Fecha de Nacimiento:	Escuela:
# de Seguro Social del Niño/a #:		# de Medicaid/HUSKY del niño/a:	
Nombre Completo de Padres o Encargados:			
# de Teléfono de Hogar:		# del Celular:	# del trabajo:
Otro Seguro Dental:	Nombre del Asegurado:	Po'liza de Seguros:	
Contactos de Emergencia:		Teléfono:	Relación:

Historia Médica y Dental

¿Su hijo/a tiene dentista regular?	No SI
Si, nombre y # telefónico del Dentista	
Nombre del médico o clínica de mi hijo/a:	
Lista de medicamentos que su hijo/a toma:	
¿Su hijo/a tiene algo de lo siguiente?	Date un circulo NO o SI. Por favor explique SI para su respuesta
Condición de Corazón o soplo en el Corazón	No SI
Alergias	No SI (anestesia local, estacional, cacahuete / nuez, leche) por favor circule todo lo que corresponda If Si, Describir: _____
Asthma	No SI
Ataques	No SI
Enfermedades Contagiosas	No SI Describir: _____
Razgos de Anemia Sickle Cell	No SI Describir: _____
Problemas sanguíneos	No SI Describir: _____
Cualquier otro problema que no está en lista	No SI Describir: _____

SI UD NO Quiere que su hijo/a reciba ningunos de los servicios en lista arriba, por favor escríbalos aquí:

PERMISO PARA TRATAMIENTO

UDS. tienen mi permiso para proveer el cuidado dental que mi hijo/a necesite (según nombrado en la lista arriba en este formulario). Yo seré notificado/a si mi hijo/a necesite tratamiento dental adicional que no está disponible en la escuela de mi hijo/a. El dentista usara anestesia local (es decir, lidocaína) si es necesario para "adormecer" el diente. Yo también doy mi permiso para dar cualquier información sobre los tratamientos y/o servicios a proveedores de mi seguro con el propósito de facturar por los servicios, y autorizo los pagos que se hagan a favor de las Escuelas Públicas de New Haven. También autorizo que la información dental de mi hijo/a sea compartida con Richard Delvecchio, D.D.S. (nuestro dentista) para su interpretación de los rayos-X y/o a su dentista (cuando UD lo pida.), para que la faculta dental se comunique con la facultad de la escuela sobre el alivio de problemas de ayuda y asegurar que la Mejor Calidad de Cuidado Dental se le provea a su niño.

FIRMA: _____ **FECHA** _____

IMPRIMA SU NOMBRE _____ **SU RELACION AL NIÑO/NINA** _____

**CENTROS DE SALUD ESCOLAR DE NEW HAVEN
AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD**

Le ofrecemos este aviso según las normas de la ley federal. Este aviso describe como podemos hacer uso y compartir el historial médico de su hijo/a, llamado en inglés, "Protected Health Information" (PHI). Si usted tiene 18 años, o es mayor, o un menor legalmente independiente, entonces la frase "su hijo" se refiere a usted. Este aviso también describe sus derechos de como tener acceso a toda la información del historial médico (PHI). El historial médico es información sobre su hijo/a que incluye información demográfica, que puede identificar a su hijo/a y que de cualquier manera, se relaciona con la salud física y mental del estudiante.

FAVOR DE LEER CON CUIDADO ESTE AVISO

Los Centros De Salud Escolar De New Haven (SBHCs) están comprometidos a respetar su privacidad y la de su hijo/a. Estamos obligados a cumplir con las condiciones de este aviso sobre la privacidad. Podemos cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento. Cualquier revisión a este aviso será anunciado debidamente en la oficina de servicios de salud donde su hijo/a recibe dichos servicios. Copias de las revisiones estarán dispuestas al público según la soliciten.

El Uso y Diseminación del Historial Médico (PHI) de su hijo/a Con Su Consentimiento

Una vez haya firmado la hoja de autorización para servicios, le proveeremos atención médica/mental directa a su hijo/a, aún si usted no está presente en el momento cuando su hijo/a necesite servicios médicos. Después de firmar la hoja de autorización podremos compartir el historial médico (PHI) de su hijo/a con el propósito de llevar a cabo tratamiento, facturación u otros procedimientos de salud. A continuación algunos ejemplos específicos de como usaremos el historial médico de su hijo (PHI).

Tratamiento: Para asegurarnos que su hijo/a reciba óptima calidad de servicios usaremos y compartiremos el PHI de su hijo/a para proveer, coordinar o manejar la atención médica o mental de su hijo/a. Vamos a compartir sólo la información que sea necesaria para la salud y bienestar de su hijo/a. Podemos compartir el PHI con otros proveedores médicos o clínicas localizados dentro o fuera de los predios escolares que contribuyen al cuidado médico/mental de su hijo/a. Ejemplos de estos proveedores clínicos incluye pero no se limita a enfermeras graduadas, médicos, trabajadores sociales, dentistas, consejeros profesionales, trabajadores de extensión a la comunidad y ayudantes médicos. Además los centros de salud escolar pueden tener necesidad de intercambiar información con algún(os) representante (s) de las Escuelas Públicas de New Haven. También podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a con un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano a la familia o cualquier otra persona que usted identifique en la hoja de autorización. Esto también incluye el notificar a personas identificadas en la hoja de autorización como contactos en casos de emergencias. Además se podrá revelar y discutir el PHI de su hijo/a con usted y otros participantes durante una reunión de orientación o consejería de familia.

Pagos: El PHI de su hijo/a será usado y compartido, y si usted tiene seguro médico, para obtener pagos por servicios de salud. Esto puede incluir ciertas actividades que el seguro médico pueda asumir antes de aprobar o pagar por los servicios prestados al asegurado. Además podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a para ayudarle a usted o a su familia a obtener un seguro médico (tal como el plan HUSKY) y servicios de otras agencias de servicios sociales.

Procedimientos de cuidado de salud: Para asegurar la más alta calidad de servicios posibles a su hijo/a, podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a para respaldar los asuntos administrativos de la clínica. Estos asuntos incluyen pero no se limitan a actividades de evaluación de calidad, evaluación y supervisión de empleados, y el adiestramiento y certificación de estudiantes. Mediante un permiso al maestro del estudiante solicitaremos a su hijo/a cuando tenga una cita en el centro escolar de salud (podemos solicitar que su hijo/a venga al centro escolar de salud (clínica) a través del alto parlante. Podemos llamar por teléfono a su casa para recordarle sobre una cita de su hijo/a. También compartiremos el PHI de su hijo/a con otros "asociados profesionales" necesarios para el funcionamiento de la clínica, (compañía de facturación). Siempre que haya un acuerdo entre nuestra oficina y un asociado profesional y ese acuerdo tenga que ver con el uso del PHI de su hijo/a haremos un contrato escrito con cláusulas que ofrecen protección de privacidad del documento. Solo información relevante que sea necesaria para llevar a cabo los trámites del asociado profesional serán compartidos. Los récords de los centros de salud escolar pueden ser transferidos a otras clínicas escolares según sea necesario.

Los ejemplos antes mencionados no incluyen todas las actividades relacionadas con facturación, procedimientos y tratamientos. Las otras actividades que NO son relacionadas a estas áreas requieren que usted nos facilite su autorización por escrito, a menos que no sea permitido o requerido por ley según se describe a continuación. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento.

Otras maneras de usar o diseminar el PHI de su hijo/a con su autorización escrita o con oportunidad para oponerse (objetar)

Podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a con su autorización escrita o con oportunidad para oponerse en las siguientes situaciones. Si usted no está presente o esta de acuerdo, o se opone al uso del PHI, entonces el proveedor de su hijo, puede, haciendo uso de su juicio profesional, determinar si la diseminación de la información es a beneficio o no del niño/a. Es en este caso solo la mínima información del PHI que sea necesaria para el cuidado médico y relevante al caso será diseminada.

Obstáculos en la Comunicación: Podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a si un proveedor u otro miembro del equipo de trabajo de la clínica intenta obtener su autorización pero no puede debido a barreras de comunicación.. Si el proveedor determina, usando juicio profesional, que su intento es de dar autorización para el uso del PHI, entonces el proveedor así lo hará. Para mejor servirle, podemos buscar la ayuda de un intérprete cuando existan barreras de comunicación.

Situación posiblemente perjudicial: Usted puede solicitar por escrito, que un centro de salud escolar no provea información alguna del PHI suyo o de su hijo/a un individuo o agencia en particular si usted cree que dicha acción puede ser perjudicial a la seguridad suya o la de su familia.

Referidos Externos: Requerimos una autorización escrita para mostrar el PHI a una tercera persona o clínica, por ejemplo, clínicas médicas o de salud mental de la comunidad u otra agencia en la cual haya existido una relación anterior o una relación actual.

Tratamiento de Emergencia: Podremos usar el PHI de su hijo/a durante una situación de tratamiento de emergencia. Trataremos de obtener su consentimiento tan pronto como sea posible después de ofrecer el tratamiento. En caso que su proveedor de salud u otro proveedor de salud en la clínica tenga que atender a su hijo/a y el proveedor no puede obtener su autorización para esa atención médica entonces podremos compartir y usar el PHI para poder administrar una optima calidad de servicios de emergencia.

Proceso para usar y diseminar el Historial Médico (PHI) sin su permiso, autorización escrita u oportunidad para oponerse (objetar)

Los siguientes son ejemplos de otras maneras que podemos usar y compartir el historial médico (PHI) de su hijo/a sin su permiso, sin su autorización escrita o sin poder oponerse a dicha acción. A continuación algunos ejemplos cuando la ley nos exige compartir el PHI de su hijo/a.

Según la ley: Podemos hacer uso y compartir el PHI de su hijo/a si la ley así lo requiere. El uso del PHI será hecho según la ley y será limitado a los requisitos necesarios por ley. Usted será notificado según la ley del uso y diseminación del documento.

Salud Pública: Podemos compartir el PHI de su hijo/a para actividades y propósitos de salud con oficiales de salud pública que estén autorizados por ley para recibir y recoger la información. Esta diseminación se hará con el propósito de controlar enfermedades, heridas o incapacidades.

Enfermedades transmisibles: Podemos compartir, si así lo autoriza la ley, el PHI de su hijo/a con una persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible. o está en peligro de contraer o contagiar a otros con una enfermedad.

Supervisión de Salud: Si somos autorizados por ley podremos compartir el PHI de su hijo/a con una agencia que supervisa asuntos de salud para asuntos de auditorias, investigaciones, e inspecciones.

Abuso o Negligencia: Podemos compartir el PHI de su hijo/a con funcionarios de salud pública que estén autorizados por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos compartir el PHI de su hijo/a con la agencia o entidad pertinente si sospechamos que su hijo/a pudo ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En ese caso dicha revelación será consistente con las leyes federales y estatales.

La administración de drogas y alimentos Podemos compartir el PHI de su hijo/a con una persona o compañía que el departamento de drogas y alimentos le requiere que informen eventos adversos, productos o problemas defectuosos, desviaciones en los productos biológicos o para rastrear productos; y para facilitar la devolución de productos desviados o defectuosos; o para hacer reparaciones o reponer productos o para hacer informes de post ventas según lo exija la ley.

Procedimientos legales: Podremos compartir el PHI de su hijo/a durante el curso de algún procedimiento judicial o administrativo (hasta donde tal diseminación sea autorizada debidamente), o para responder a una orden del tribunal o una citación jurídica según lo disponga la ley o para responder a una petición dentro de la ley y durante ciertas condiciones en respuesta a una citación o petición jurídica. .

Hacer cumplir la ley: Podemos compartir el PHI de su hijo/a para propósitos de hacer cumplir la ley.

Investigación: Podremos compartir el PHI de su hijo/a con investigadores cuando una investigación ha sido aprobada por una junta examinadora institucional cuya revisión de la propuesta de investigación ha establecido un protocolo para asegurar la privacidad de la documentación.

Actividad perjudicial o Auto-perjudicial: Si sospechamos que el uso o la diseminación de información médica puede ser necesaria para prevenir o disminuir cualquier amenaza a la salud o seguridad de su hijo/a u otra persona o al público. Por ejemplo, si su hijo/a amenaza con hacerse daño o hacerle daño a otra persona o amenaza con cometer suicidio u homicidio, o perjudicar alguna propiedad ajena, podemos diseminar el PHI a las personas apropiadas, incluyendo oficiales de la Junta de Educación.

Uso y Diseminación Obligatoria: Según la ley estamos obligados a compartir la información del PHI con usted. A petición del Secretario de Salud y Servicios Humanos debemos investigar o determinar si se está cumpliendo con los requisitos de la sección 164.500 et. seq.

SUS DERECHOS

A continuación incluimos una declaración de sus derechos respecto al PHI (historial médico) de su hijo/a y una descripción breve de como puede ejercer estos derechos.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar el PHI de su hijo/a, de acuerdo con el protocolo establecido, el cuál está en un lugar designado, mientras mantenemos el historial. Si su hijo tiene 18 años o es mayor, o está legalmente independizado, entonces ese alumno se considera adulto y los padres (guardianes) no tienen derecho a inspeccionar o copiar el historial médico.

Según la ley federal usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes records: apuntes sicoterapéuticos; información recopilada con intención de ser usada o que fue usada para una acción o procedimiento criminal, civil, o acción administrativa; y cualquier PHI que esté sujeto a la ley y prohíbe el acceso del PHI de un menor especialmente en cuanto tenga que ver con la salud reproductiva, infecciones sexualmente transmitidas, o tratamiento de abuso de alcohol o drogas.

Usted debe hacer una petición por escrito y el Centro de Salud Escolar tiene 30 días para responder a su petición, a menos que el PHI no este en la clínica, sino en otro lugar, entonces el Centro tiene 60 días para responder. El Centro de Salud Escolar puede pedir una extensión de 30 días y le proveerá por escrito las razones por la demora y una fecha de vencimiento. El Centro de Salud Escolar tiene derecho a negar una petición si esta diseminación de información puede poner en peligro la vida o seguridad del individuo o indirectamente perjudica a otras personas mencionadas en el PHI. El Centro de Salud Escolar le proveerá por escrito las razones para denegar esa petición.

Tiene derecho a petitionar restricciones en el uso y diseminación del PHI de su hijo/a. Esto quiere decir que usted puede pedir que no se use o se haga público cualquier parte del PHI de su hijo/a para propósitos de tratamiento, facturación o procedimientos del centro de salud. También puede solicitar que no se haga público ni se disemine información del PHI a familiares o amistades que puedan estar envueltos en el cuidado de su hijo ni para propósitos de notificación a alguna persona según se describe en este aviso sobre la privacidad. Su petición debe someterse por escrito y especificar las restricciones que esta solicitando en cuanto a quien y cuanto tiempo debe estar en efecto la restricción. Puede rescindir la restricción para diseminación en cualquier momento por escrito.

Su proveedor médico no tiene que estar de acuerdo para que usted someta una petición de restricción. Si su proveedor médico cree que los intereses del niño/a se benefician en revelar o compartir el PHI, entonces dicha información no será restringida. Si su proveedor médico está de acuerdo en la petición de restricción entonces no podemos usar ni diseminar información alguna a menos que sea necesario para proveer tratamiento médico de emergencia. Favor de discutir cualquier restricción que usted desea con su proveedor médico o con cualquier miembro del personal clínico.

Tiene derecho a recibir comunicación confidencial de nosotros a través de medios alternos o en una localidad alterna. Haremos lo posible para honrar peticiones razonables. Favor de hacer peticiones de esta índole por escrito al oficial de asuntos privados o al personal de la clínica.

Tiene derecho a que su proveedor médico haga enmiendas al PHI de su hijo/a. Esto significa que usted puede petitionar por escrito, una enmienda del PHI de su hijo/a en un formulario designado mientras mantenemos la información. El centro de Salud Escolar debe responder a esta petición dentro de 60 días. En algunos casos podemos denegar dicha petición de enmiendas. Si denegamos su petición usted tiene derecho a someter una declaración de desacuerdo con esta decisión y podemos refutar su declaración y le proveeremos copia de esta refutación. Favor de comunicarse con el oficial de privacidad si tiene alguna pregunta sobre enmiendas del PHI de su hijo/a.

Tiene derecho a recibir un relato/informe de diseminaciones que hemos hecho, si alguna se hizo, del PHI de su hijo/a. Este derecho se aplica a revelaciones que se hayan hecho con otros propósitos que no sean para tratamiento, facturación, o procedimientos de salud tal y como se describen en este aviso de privacidad. Excluye las revelaciones que se le hayan hecho a usted por razones de facilitar un directorio de servicios disponibles, información brindada a miembros de la familia o amistades que tengan que ver en el cuidado del niño/a o aquellas revelaciones hechas con el fin de notificación. Tiene derecho a recibir información específica sobre diseminación que ocurrió después del 14 de abril de 2003 y durante los próximos seis años. Puede solicitar un lapso de tiempo más corto. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas condiciones, restricciones y limitaciones que están estipuladas en el reglamento de procedimientos y política de los Centros de Salud Escolar. Para más información favor de comunicarse con el oficial de privacidad.

PREGUNTAS O QUERELLAS

Puede someter una querrela al Oficial de Privacidad o al Secretario de Salud y Recursos Humanos si usted cree que se han violados los derechos de privacidad de su hijo/a . No habrá represalias contra usted o su hijo/a por someter esta querrela. Favor de comunicarse con el Centro de Salud Escolar o con el Oficial de Privacidad al número (203) 946-8969 si tiene preguntas sobre este aviso de privacidad. Este aviso de Privacidad fue publicado y se hace vigente el 4 de agosto de 2003.