



DENVER HEALTH

Level One Care For ALL

Centro de Salud Escolar (SBHC)

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA ESCUELA PARA TODOS LOS NIÑOS DE DPS

¿Quién puede usar un SBHC?

Todo estudiante de las Escuelas Públicas de Denver (DPS) puede recibir los servicios de un SBHC. Dichos servicios no dependen del seguro ni de la capacidad de pago. El SBHC puede servir como centro principal de atención médica del estudiante o puede colaborar con el médico de atención primaria del estudiante.

¿Por qué elegir un SBHC?

Los SBHC ofrecen atención médica conveniente y ayudan a que los estudiantes no tengan que perder mucho tiempo de clase, y a que los padres o tutores no tengan que faltar al trabajo. En muchos casos, los estudiantes pueden conseguir citas para el mismo día o para el día siguiente.

¿Qué servicios se pueden ofrecer?

- Exámenes de rutina que llenen los requisitos de la escuela, los deportes, campamentos, así como los exámenes físicos para empleo. Los servicios pueden incluir pruebas de laboratorio de rutina y vacunas.
- Recetas y medicinas
- Atención médica para enfermedades crónicas como el asma y la depresión.
- Atención médica para lesiones y enfermedades agudas.
- Servicios de salud reproductiva, incluyendo pruebas de embarazo, así como evaluación, dosificación y administración de anticonceptivos
- Pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Asesoría en salud mental individual, de grupo y familiar
- Exámenes dentales, limpiezas de rutina, selladores y radiografías dentales
- Educación para la salud de padres e hijos

¿Quién proporciona los servicios?

- Enfermera Practicante, Médico Auxiliar o Doctor
- Terapeuta de salud mental o psiquiatra
- Consejero de abuso de sustancias
- Socio de atención médica / Asociado médico
- Educador de salud
- Consejero de Comunidades Sanas / Trabajador de alcance comunitario
- Higienista dental

¿Participación de los padres?

El padre, madre o tutor deben firmar un formulario de consentimiento antes de que el niño pueda recibir servicios del centro de salud. Cuando esté firmado el formulario, el niño puede utilizar el centro de salud en cualquier momento durante los 18 meses del período del consentimiento.

Apoyar la comunicación familiar es uno de los principales objetivos del centro de salud. El personal de la clínica anima a los pacientes a hablar sobre su salud con sus padres. Sin embargo, no se les notifica habitualmente a los padres cuando un paciente utiliza el centro de salud, excepto a petición del paciente o cuando el personal encuentra problemas de salud graves.

¿Confidencialidad?

La ley estatal de Colorado permite que algunas visitas al centro de salud sean confidenciales, según corresponda. No se comparte la información sin el permiso del paciente o de los padres. La única excepción es una situación en la que corra en peligro la vida.

¿Cuánto cuesta?

No hay ningún costo para el paciente o su familia por los servicios que se ofrecen en el centro de salud. Los pacientes no tendrán que gastar en copagos, deducibles ni cuotas para ser atendidos. Es posible que se le facture al seguro, pero sin costo para las familias.

¿Ayuda para inscribirse en un seguro?

Al registrarse para el uso de la clínica, se les pide a las familias que den información sobre el seguro médico o soliciten opciones de seguro de salud infantil de bajo costo y programas de descuento. En el centro de salud escolar hay personal que ofrece información y ayuda para la inscripción en seguros. La finalidad es ayudar a las familias con el proceso de solicitar un seguro.

Denver Health respeta los derechos de nuestros pacientes. Nuestro objetivo es demostrar nuestro apoyo a los derechos de pacientes a través de nuestra interacción con los pacientes y la manera cómo procuramos que participen en el cuidado, tratamiento y servicios. Si desea una copia impresa de Derechos y Responsabilidades de Denver Health, por favor llame a su centro de salud escolar o al 303-602-8958.

DENVER HEALTH
CENTROS ESCOLARES DE SALUD
(DENVER SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS, DSBHC)
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA TRATAMIENTO

Name, MR#, Pat#, DOB

Doy consentimiento para que mi estudiante, _____ Sexo: M F Nacido el: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

reciba la atención médica necesaria o aconsejable que ofrece DSBHC. Entiendo que se pueden brindar los siguientes servicios:

exámenes físicos ~ vacunas ~ pruebas de laboratorio de rutina ~ tratamiento para enfermedades y lesiones agudas ~ medicamentos con receta ~ atención para trastornos físicos comunes de los adolescentes (peso, acné, problemas menstruales) ~ atención médica para algunas afecciones crónicas como el asma y las convulsiones ~ pruebas de embarazo, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual ~ planificación familiar, asesoramiento sobre abstinencia, administración de métodos anticonceptivos ~ servicios de atención prenatal y de posparto ~ prevención y educación sobre el alcohol y las drogas ~ servicios de salud mental, incluyendo terapia individual, familiar y grupal ~ atención de seguimiento según sea necesario.

Los servicios dentales que ofrece DSBHC incluyen exámenes, limpiezas de rutina, radiografías y selladores. Todo diagnóstico o evaluación realizado solamente por el higienista dental registrado tiene como fin únicamente determinar los servicios de higiene dental necesarios. La Asociación Dental de Estados Unidos recomienda que un dentista realice un examen dental completo dos veces al año.

Divulgación de la información: Entiendo que la información de los registros médicos de mi estudiante es información médica confidencial, y que todas las solicitudes de registros médicos de los niños requieren un consentimiento firmado por el padre, madre o tutor. DSBHC puede divulgar información médica para lo relativo al tratamiento, la atención médica y el pago, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Denver Health. Según lo permitido por las leyes de Colorado, mi estudiante puede solicitar consultas confidenciales, lo que significa que se mantendrá confidencial toda la información médica de dichas consultas. Para que yo o un tercero tenga acceso a los registros médicos con dicha información, mi estudiante debe firmar un permiso de divulgación de la información. Doy permiso para que el personal de DSBHC revise o copie los registros de la escuela de mi estudiante, incluyendo los registros de vacunas, asistencia y todos los registros que necesite el personal de DSBHC para brindar cuidado o tratamiento a mi estudiante.

Honorarios de DSBHC, facturación, autorización y consentimiento: En nombre de mi estudiante, cedo a Denver Health and Hospital Authority (DHHA) todos los beneficios que mi estudiante y yo tengamos derecho a recibir por servicios de atención médica prestados por DSBHC, de cualquier pagador de beneficios, incluyendo a cualquier persona, entidad, compañía de seguros, plan de beneficios médicos o programa de atención médica del gobierno. Autorizo a DHHA a presentar reclamos y a cobrar pagos del pagador de beneficios, y solicito al pagador de beneficios que haga los pagos directamente y solo a la orden de DHHA. Estoy de acuerdo en ayudar a DHHA a presentar reclamos y a cobrarlos del pagador de beneficios de toda manera razonable que se me solicite. Autorizo a DHHA y a sus proveedores de atención médica a divulgar al pagador de beneficios la información de los registros médicos y de facturación de mi estudiante que se necesite para obtener pagos. Entiendo que una vez que se divulgue la información, DHHA no podrá controlar su confidencialidad.

¿Tiene su estudiante problemas de salud graves? Sí NO Explique: _____

¿Es su estudiante alérgico a algún medicamento? Sí NO Sí respondió Sí, cite los medicamentos: _____

Escuela de estudiante: _____ Grado: _____ # de ID de DPS/Almuerzo: _____

Domicilio del estudiante: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

País de nacimiento del estudiante: _____

Raza/origen étnico del estudiante. Marque con un círculo todo lo pertinente (opcional):

Hispano/latino Indígena americano Blanco Negro/afroamericano Asiático Otro: _____

Madre/tutora (nombre): _____ Teléfono de contacto: _____

Padre/tutor (nombre): _____ Teléfono de contacto: _____

Contacto de emergencia (diferente de los anteriores): _____ Teléfono de contacto: _____

Nombre de la clínica/proveedor de atención primaria del estudiante: _____ Teléfono: _____ MRN del contacto: _____

Información sobre el seguro: Mi hijo tiene cobertura de seguro médico: Sí NO

Medicaid # de ID: _____ CHP+ # de ID: _____ CACP/DFAP

Nombre del seguro privado: _____ # de la póliza/de miembro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el estudiante: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

CONSENTIMIENTO: He recibido el paquete de DSBHC que explica los servicios prestados por DSBHC. Entiendo que este consentimiento permanecerá válido durante 18 meses desde la fecha de mi firma. Entiendo que soy responsable de notificar a DSBHC acerca de todo cambio de tutela o seguro. Puedo revocar este consentimiento para mi estudiante en cualquier momento indicando por escrito a DSBHC que deseo revocarlo.

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre, madre o tutor en letra de imprenta: _____



**DENVER HEALTH
CENTRO DE SALUD ESCOLAR DE DENVER
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
DE VACUNACIÓN**

Name, MR#, Pat#, DOB

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Apellido Primer nombre Segundo nombre MM DD AA

Escuela del estudiante: _____ **Grado:** ____ **Sexo:** Masculino Femenino

Nombre del padre, madre o tutor legal: _____

Se ofrecen vacunas en los Centros de Salud Escolares de Denver para proteger a los niños contra muchas enfermedades graves. Antes de vacunar, Denver Health revisa múltiples bases de datos y registros para asegurarse de que se administren a los estudiantes sólo las vacunas que no hayan recibido.

Las vacunas tienen como fin prevenir el cáncer y enfermedades que debilitan o que ponen en peligro la vida. Estas son:

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad	Vacuna	Enfermedad	Vacuna
Tétanos	Tdap/Td/DTPA	Poliomielitis	IPV	Para niños menores de 5 años	
Difteria		Hepatitis A	Hep A	Diarrea grave	Rotavirus
Tos ferina		Hepatitis B	Hep B	Enfermedad bacteriana	HIB
Sarampión	MMR	Meningitis meningocócica	MCV4	Neumonía	PCV13
Paperas		Virus del papiloma humano	HPV9		
Rubéola		Gripe	LAIV o TIV		

NOTA: Cada una de estas vacunas es recomendada por la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

1. Escriba los nombres de las vacunas que **NO** desea que reciba su estudiante: _____
2. ¿Ha tenido su estudiante una reacción grave a una vacuna?
 - Sí En ese caso, ¿cuál fue la reacción y a qué vacuna?
 - No

Doy permiso para que mi estudiante reciba las vacunas en el Centro de Salud Escolar, excepto las vacunas específicas mencionadas anteriormente. Solicito que se le pongan esas vacunas al estudiante nombrado previamente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Además, acepto que se comparta la información con el proveedor de atención médica primaria de mi estudiante. También estoy de acuerdo en que se guarde el registro de vacunas de mi estudiante en el registro médico de la escuela del niño, en el registro electrónico de salud de Denver (eHR) y en el Sistema de Información de Vacunación de Colorado (CIIS). Se me han ofrecido Declaraciones de Información sobre Vacunas (VIS) con respecto a las enfermedades que se busca prevenir y las vacunas administradas, y se han respondido mis preguntas.

Autorizo al Centro de Salud Escolar de Denver Health a vacunar a mi estudiante.

_____ /____/____
 Firma del padre, madre o tutor Relación con el estudiante Fecha (MM/DD/AA)

NO autorizo al Centro de Salud Escolar de Denver Health a vacunar a mi estudiante.

_____ /____/____
 Firma del padre, madre o tutor Relación con el estudiante Fecha (MM/DD/AA)



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
CUESTIONARIO PARA PADRES/TUTORES
ANTECEDENTES FAMILIARES DEL NIÑO/ADOLESCENTE

Name, MR#, Pat#, DOB

Historia clínica del niño / adolescente

1. ¿Toma **medicamentos** el niño? No Sí En caso afirmativo, ¿qué? _____

2. ¿Ha tenido el niño problemas **médicos serios** o **problemas de salud mental**? No Sí
 En caso afirmativo, ¿qué? _____

3. ¿Ha sido el niño **hospitalizado durante la noche** o ha tenido alguna **cirugía** o alguna **lesión grave**? No Sí
 En caso afirmativo, ¿qué? _____

4. ¿Tiene **ahora** o ha tenido **antes** el niño alguno de los siguientes problemas?

<input type="checkbox"/> Alergias a alimentos, medicamentos o cualquier otra cosa... En caso afirmativo, ¿a qué? _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Problemas de nacimiento	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre / derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental / depresión
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Retrasos de desarrollo / aprendizaje	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis / TB / Prueba positiva de TB
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol	<input type="checkbox"/> Otros _____

Historia de la familia

- ¿Alguien en su familia (padres, hermanos, abuelos, tíos) tiene **ahora** o ha tenido **antes** alguno de los siguientes
- Asma En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Coágulos de sangre / derrame cerebral En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Cáncer En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Diabetes En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Abuso de drogas / alcohol En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Enfermedad del corazón En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Presión arterial alta En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Colesterol alto En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Enfermedad mental / depresión En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Anemia de células falciformes En caso afirmativo, ¿quién? _____
 - Tuberculosis / TB / Prueba positiva de TB En caso afirmativo, ¿quién? _____



 Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha (mm/dd/aa) _____

 Firma/título del empleado _____ Fecha (mm/dd/aa) _____ Hora (00:00) _____ (# de pager y de proveedor) _____



Name, MR#, Pat#, DOB

DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA EL DOCUMENTO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta en relación con este Aviso, por favor comuníquese con un Representante de Pacientes llamando al 303.602.2915 o con el Funcionario de Privacidad llamando al 303.436.8886; por fax al 303.602.7024; o por correo a 777 Bannock Street, MC 7776, Denver, CO 80204. Para obtener más información sobre Denver Health, vaya a www.DenverHealth.org.

La información médica sobre usted y su salud es privada. Tratamos de proteger sus archivos médicos cuando usted está en el hospital y cuando está siendo atendido en las clínicas. Utilizaremos sus archivos médicos para brindarle atención médica, para cobrar por dicha atención, para administrar el hospital y para cumplir con las leyes. Este Aviso se aplica a todos los sitios de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, clínicas comunitarias y servicios de emergencia de Denver Health and Hospital Authority (Denver Health), excepto en algunas partes del Centro de Control de Venenos y Drogas de Rocky Mountain (Rocky Mountain Poison and Drug Center) y Salud Pública de Denver (Denver Public Health), que no están obligadas a cumplir con las disposiciones de este Aviso.

Este Aviso le informa a usted sobre las maneras en que Denver Health puede utilizar o dar a conocer la información de sus archivos médicos privados. También explica sus derechos y nuestras responsabilidades.

Quién cumplirá las condiciones de este Aviso

- Cualquier proveedor de atención médica que le trate a usted en cualquiera de nuestros centros
- Todos los empleados, voluntarios y el personal del hospital y las clínicas
- Los estudiantes de medicina que participan en los programas de capacitación
- Cualquier agente externo que trabaje para nosotros que necesite utilizar sus archivos para desempeñar su trabajo

Declaración de recibo

Entiendo que, de acuerdo con lo permitido y exigido por la ley, el personal de Denver Health utilizará y revelará información de mis archivos médicos sin mi consentimiento o autorización, para:

- **Tratamiento:** Los proveedores de atención médica utilizarán mi historial médico e información sobre los síntomas, exámenes, resultados de las pruebas, diagnóstico, tratamiento y plan de cuidado para atenderme.
- **Pago:** Denver Health utilizará mis archivos médicos para cobrarme a mí, a mi seguro o a otro programa de asistencia por mis servicios médicos si esto aplica a la clínica donde estoy recibiendo atención médica.
- **Administración de Servicios Médicos:** Denver Health utilizará mis archivos médicos para asuntos administrativos del hospital y de las clínicas y para asegurarse de que los pacientes reciban una atención médica de calidad.

De lo contrario, Denver Health observará las restricciones de este Aviso de Normas de Privacidad.

Declaro que he recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad de Denver Health.

Patient/Legal Representative

Date

Legal Representative's Relationship

Witness

Date

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a usted.

Para obtener una copia electrónica o en papel de sus archivos médicos.

Usted tiene derecho a leer u obtener una copia electrónica o en papel de su archivo médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Si desea leer u obtener una copia de sus archivos médicos, por favor hable con el personal del centro donde recibe su atención médica o con el Departamento de Archivos Médicos llamando al 303.602.8001. Es posible que se le pida llenar un formulario. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, en general dentro de los 30 días de su solicitud. Tal vez le cobremos un precio razonable para cubrir los costos.

En determinados casos, podemos negar su solicitud para leer u obtener una copia de sus archivos. Le diremos la razón por la cual su solicitud fue negada. Si su solicitud es negada, usted puede pedir que se revise la negación. Un proveedor de atención médica escogido por Denver Health revisará su solicitud. Esta persona no le habrá prestado atención médica ni habrá participado en la primera revisión de su solicitud. Aceptaremos lo que esa persona decida.

Para pedirnos que corriamos sus archivos.

Usted puede pedirnos que corriamos sus archivos si considera que éstos no están correctos o completos.

Si desea solicitar una corrección, consulte a su médico, al personal del centro donde recibe su atención médica o al Departamento de Archivos Médicos llamando al 303.602.8001. Es posible que se le pida que llene un formulario y que indique la razón de su solicitud. Podemos negar su solicitud, pero le explicaremos por escrito la razón de la negación en un plazo de 60 días.

Para solicitar comunicaciones confidenciales.

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para recordarle una cita, informarle los resultados de sus exámenes, darle información sobre servicios que puedan ser de ayuda o de interés para usted, o por otras razones relacionadas con su salud. Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le mandemos el correo a una dirección diferente. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Para pedir confidencialidad para un asunto específico, hable con su médico o el personal del centro donde recibe su atención médica. No le pediremos el motivo de su solicitud. Debe decirnos cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

Para pedir restricciones sobre cómo utilizamos o revelamos su información.

Usted puede pedirnos que no utilicemos o revelemos cierta información para su tratamiento, pagos o asuntos administrativos del hospital. No estamos obligados a cumplir con su solicitud y podemos negarla si esto afectaría su atención médica.

Si usted paga la totalidad de un servicio u otra atención médica directamente, puede pedirnos que no revelemos esa información para fines del pago o para asuntos administrativos con su seguro médico. Aceptaremos su solicitud a menos que la ley nos obligue a revelar esa información.

Para solicitar que restrinjamos la utilización o revelación de su información médica, hable con su médico o con el personal del centro donde recibe su atención médica, o comuníquese con el Departamento de Archivos Médicos llamando al 303.602.8001 o con el Funcionario de Privacidad llamando al 303.436.8886. Es posible que se le pida llenar un formulario.

Para solicitar una lista de las personas a quienes hemos revelado su información médica.

Usted puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos revelado su información médica durante los seis años anteriores a su solicitud, a quién la revelamos y por qué. Incluiremos todas las revelaciones excepto las del tratamiento, pagos o asuntos administrativos y algunas otras revelaciones (por ejemplo, alguna revelación que usted nos haya pedido).

Si desea solicitar esta lista, llame al Departamento de Archivos Médicos al 303.602.8001. Se le pedirá que llene un formulario. Puede conseguir una lista gratis por año, pero le cobraremos un precio razonable para cubrir los gastos si usted pide otra lista dentro de un período de 12 meses.

Para recibir una copia de este Aviso.

Usted puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso en caso de que ya tenga una copia. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente y además, este Aviso está siempre disponible en nuestro sitio web, en www.denverhealth.org.

Para elegir a una persona para que actúe en su nombre.

Si usted le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga la autoridad y pueda actuar por usted antes de realizar ninguna acción.

Para presentar una queja si considera que se han violado sus derechos.

Usted puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Todas las quejas se deben presentar por escrito. Se deben enviar por correo a: Funcionario de Privacidad, 777 Bannock Street, MC 7776, Denver, CO 80204. Por fax al: 303-602-7024. También puede presentar una queja en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja y su atención médica no se verá afectada.

SUS OPCIONES

Con respecto a determinada información médica, usted puede decirnos sus opciones sobre qué podemos revelar. Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo debemos revelar su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos que:

- Revelemos información a su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención médica
- Revelemos información a una agencia de ayuda en casos de desastre, como la Cruz Roja, para que se pueda llamar o a informar a su familia sobre su estado de salud.
- Incluyamos su información en un directorio del hospital para que su familia y amigos que pregunten por usted puedan llamarle o visitarle, y para que pueda recibir correo y flores. Si no tiene ninguna objeción, incluiremos en la lista su nombre, ubicación y estado de salud general. Además, si lo desea, puede decirnos su religión, y se dará su nombre a los miembros eclesiásticos que pidan visitar a los pacientes de su misma religión.

Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos decidir revelar su información si creemos que es lo que más le conviene. También podemos facilitar información sobre usted si es necesario hacerlo para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos *nunca* revelaremos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines comerciales
- La venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia
- La mayor parte de la información sobre el tratamiento para el abuso de drogas y alcohol de los programas de tratamiento para el abuso de sustancias de Denver Health con asistencia federal.

Recaudación de fondos.

Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para Denver Health. Es posible que revelemos esta información a nuestra afiliada, Denver Health Foundation, para que haga este trabajo por nosotros. Si no desea recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos (para que no le enviemos correspondencia), o desea volver a recibir las, llame a la Fundación al 303-602-2970, o escriba un mensaje de correo electrónico a: dhfoundation@dhha.org.

Organización Regional de Información de Salud de Colorado (Colorado Regional Health Information Organization, CORHIO).

CORHIO es una organización de hospitales y médicos cuya misión es mejorar la atención médica permitiendo a los hospitales y médicos participantes intercambiar información médica entre sí de forma electrónica. Esto permite a todos los profesionales de atención médica que le atienden en diferentes organizaciones ver su información médica para tomar mejores decisiones sobre su atención médica. Si usted no desea que Denver Health revele su información con otros hospitales y médicos participantes a través de CORHIO, usted puede solicitar que no se revele su información escribiendo a Denver Health CORHIO Point of Contact, 301 W 6th Avenue, MC 0296, Denver, CO 80204.

CÓMO UTILIZAMOS Y REVELAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Normalmente utilizamos o revelamos su información médica de las siguientes maneras:

Para ayudar a administrar la atención médica que usted recibe.

Podemos utilizar su información médica y revelarla a los profesionales que le tratan a usted.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando a usted de una lesión le pide información a otro médico sobre su estado general de salud.

Cobro de sus servicios médicos.

We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

Ejemplo: Le damos información sobre usted a su seguro médico para que pague los servicios que usted recibió.

Asuntos administrativos.

Utilizaremos o revelaremos información de sus archivos médicos para nuestra administración interna, para mejorar la atención médica que le brindamos y comunicarnos con usted si es necesario.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para administrar su tratamiento y los servicios que le brindamos y para desarrollar mejores servicios para usted.

¿De qué otras maneras podemos utilizar o revelar su información médica?

Se nos permite o exige revelar su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyen al bienestar público, como para salud pública e investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder revelar su información con estos fines. Para obtener más información vaya a: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Por razones de salud pública y asuntos de seguridad.

Podemos revelar su información médica cuando sea necesario para las siguientes situaciones:

- Para prevenir enfermedades
- Para reportar nacimientos y defunciones
- Para ayudar a retirar productos del mercado
- Para reportar reacciones adversas a medicamentos
- Para reportar sospechas de que alguien ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o víctima de un delito
- Para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona
- Para reportar delitos cometidos en el hospital o las clínicas

Para llevar a cabo investigaciones.

Podemos utilizar o revelar su información para investigaciones médicas.

Para cumplir con las exigencias de la ley.

Revelaremos su información cuando las leyes estatales o federales así lo exijan, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea ver si estamos cumpliendo con las leyes federales sobre privacidad.

Para responder solicitudes sobre donación de órganos y tejidos

Podemos revelar su información a organizaciones que buscan órganos, como por ejemplo Donor Alliance.

Para colaborar con un funcionario encargado de investigar las causas de muerte o con una funeraria.

En el caso de pacientes que han fallecido, podemos revelar información médica al médico forense o al director de una funeraria.

Para abordar la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.

Podemos utilizar o revelar su información médica:

- Para reclamos de compensación laboral
- A su empleador:
 - por lesión o enfermedad relacionada con el trabajo;
 - para una revisión médica relacionada con el lugar de trabajo; o
 - si su empleador necesita sus archivos médicos para cumplir con la ley.
- En cumplimiento de la ley o a la policía
- A una cárcel, prisión o a la policía si usted está detenido o es un recluso para que usted pueda recibir atención médica y para proteger tanto su salud y seguridad como la del resto de los reclusos y del personal.
- A las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como fines militares, seguridad nacional o servicios de protección del presidente

Para responder a demandas legales y juicios.

Podemos revelar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa o una orden de comparecencia.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber puesto en riesgo la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y normas de privacidad que se especifican en este Aviso de Privacidad y brindarle una copia del mismo.
- Solamente utilizaremos o revelaremos su información en los casos que se describen en este Aviso, excepto si usted nos da su permiso por escrito. Si usted nos da este permiso, puede cambiar de idea en cualquier momento. Debe comunicarnos por escrito si cambia de idea. Atenderemos su solicitud lo más rápido posible, pero es posible que ya hayamos utilizado o dado a conocer sus archivos médicos si teníamos su autorización previa.

Para obtener más información vaya a:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Modificaciones de las condiciones de este Aviso.

Podemos cambiar las condiciones de este Aviso de Privacidad y dichas modificaciones serán aplicables a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso de Privacidad estará disponible mediante solicitud en todos nuestros sitios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y se publicará en nuestro sitio web.