



HOJA DEMOGRÁFICA DE VACUNACIÓN/ INMUNIZACIÓN INFANTIL

Fecha _____

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO/A



NOMBRE _____ **SEGUNDO NOMBRE** _____ **APELLIDO(S)** _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ **MES/DIA/AÑO** Sexo al nacer - Masculino ☐ Femenino ☐ Edad Hoy _____

Seguro Social # _____ Raza (ej. Asiático/ Negro/ Blanco) _____

Lenguaje/Idioma (ej. Inglés/ Árabe/ Francés/ Español) _____ Hispano - Si ☐ No ☐

Dirección Postal _____ Apt/Lot # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Tel. Celular # () _____ Tel. Hogar # () _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián _____

Médico del menor _____

Nombre legal de la Madre _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre legal del Padre _____ Fecha Nacimiento: _____

Su nombre _____ Relación con el menor _____ Guardián Legal Si ☐ No ☐

A todos los estudiantes menores de 18 años se les ofrecerán vacunas escolares **SIN COSTO NI COPAGO PARA SUS FAMILIAS**. Este año, según las nuevas pautas, estamos obligados a recopilar información sobre el seguro médico. Si tiene cobertura para su hijo/a, le facturaremos directamente a su compañía de seguros la tarifa de administración de la(s) vacuna(s). Si su hijo/a no está cubierto por un plan de Seguro médico, seguirá recibiendo la vacuna sin costo alguno.

El niño/a antes descrito tiene:

Seguro Médico Si ☐ No ☐ Medicaid # _____

Nombre Seguro Médico/Póliza # _____ / _____



****A CONTINUACIÓN SÓLO PARA USO DE OFICINA****



Notes:



INICIO DE SERVICIOS

PARTE I. CONSENTIMIENTO DE LA RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del cliente: _____

Nombre de la agencia: **Florida Departamento of Health, Marion County**

Dirección de la agencia: **1801 SE 32nd Avenue, Ocala FL 34471**

Doy mi consentimiento para comenzar una relación entre el cliente y el proveedor. Autorizo al Departamento de Salud y sus representantes a proveer servicios de atención de la salud de rutina. Entiendo que la atención de la salud de rutina es confidencial y voluntaria y podría suponer visitas a consultorios clínicos, lo que incluye obtener mi historia clínica, exámenes, la administración de medicamentos, pruebas de laboratorio o procedimientos menores. Puedo discontinuar la relación en cualquier momento.

PARTE II. CONSENTIMIENTO A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (solo para fines de operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud) Autorizo a que se utilice y divulgue mi información médica, que incluye registros dentales, información sobre VIH/SIDA, ETS, TB, prevención del abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y administración del caso, para operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud.

PARTE III. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE (Solamente aplica a Clientes de Medicare)

Como el Cliente/Representante que firma al pie, certifico que la información que brindé al presentar una solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia arriba mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios/aseguradoras para este reclamo o un reclamo relacionado bajo Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar un reclamo a Medicare para recibir su pago.

PARTE IV. CESIÓN DE BENEFICIOS (Solamente aplica a Terceros Pagadores)

Como el Cliente/Representante que firma al pie, cedo a la agencia arriba nombrada todos los beneficios brindados conforme a cualquier plan de atención de la salud o póliza de gastos médicos. La suma de dichos beneficios no superará los cargos médicos establecidos por el cronograma de gastos aprobados. Todos los pagos en virtud de este párrafo deben realizarse a la agencia anterior. Soy personalmente responsable de cubrir los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V. RECOPIACIÓN, USO O EXONERACIÓN RESPECTO DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Esta notificación se proporciona de conformidad con el Artículo I 19.071(5)(a), Normas de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del seguro social a los fines de la identificación y la facturación, según lo autorizado por los artículos 119.07 I(5)(a) 2.a. y I 19.071(5)(a)6., Normas de Florida. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento para la recopilación, el uso o la divulgación de mi número del seguro social solo a los fines de la identificación y la facturación. No se utilizará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números del seguro social por parte del Departamento de Salud de Florida es imprescindible para el desempeño de los deberes y las responsabilidades, según lo exigido por la ley.

PARTE VI. MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA EL INFORME ANTERIOR Y EL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Firma del Cliente/Representante del Cliente

Relación al cliente o propio

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VII. ANULACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ ANULO ESTE CONSENTIMIENTO a partir de _____

Firma del Cliente/Representante del Cliente

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Nombre del cliente: _____

ID#: _____

FDN: _____



Estado de Florida
Departamento de Salud

Formulario de aceptación del Aviso de prácticas de privacidad

Nombre: _____ **N.º de ID de cliente** _____

Centro/sitio/programa: Departamento de Salud de Florida en el Condado de Marion

He recibido una copia del Formulario de Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud, DH 150-741, 09/13.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Individuo o el representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica

Si firma un representante:

Nombre con letra de molde: _____ **Papel:** _____
(Padre, tutor legal, etc.)

Testigo: _____ **Fecha:** _____

Si la persona tiene un representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de la persona, el aviso debe entregarse a y la aceptación debe obtenerse del representante. *Si la persona o su representante no firmaron este formulario, el personal debe documentar cuándo y cómo se les entregó el aviso, por qué no se pudo obtener la aceptación y los esfuerzos que se hicieron para obtenerla.*

El Aviso de prácticas de privacidad se entregó esta persona el _____
fecha

☐ Reunión en persona
☐ Envío por correo
☐ Correo electrónico
☐ Otro _____

Motivo por el cual la persona o su representante no firmaron este documento:

- ☐ La persona o su representante eligieron no firmar
☐ La persona o el representante no respondieron después de más de **un** intento
☐ Verificación de recepción de correo electrónico
☐ Otro _____

Esfuerzos de buena fe: Se realizaron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma de la persona o su representante. Documente en detalle (p. ej., fechas, horas, personas con las que se habló y resultado de los intentos) los esfuerzos que se hicieron para obtener la firma. Tiene que haberse hecho más de **un** intento.

☐ Presentaciones en persona _____
☐ Contacto por teléfono _____
☐ Envío por correo _____
☐ Correo electrónico _____
☐ Otro _____

Firma del personal: _____ **Título:** _____

Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

This form must be retained for a period of at least six years in the appropriate record.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, teléfono, número de seguro social y cualquier otro medio que lo identifique como una persona específica. La información médica protegida tiene información específica que identifica a una persona o que puede usarse para identificarla.

La información médica protegida es información médica que crea y recibe un proveedor de atención médica, un plan médico, un empleador o un centro de intercambio de información de atención médica. El Departamento de Salud (Department of Health) puede actuar como cualquiera de los tipos de negocio mencionados. El Departamento de Salud usa esta información médica de varias maneras durante sus actividades comerciales normales.

El Departamento de Salud puede usar o revelar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas u hospitales para atenderlo. Es posible que se comparta su información médica protegida, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o revelar su información médica para la administración de casos y servicios. La clínica o el hospital del Departamento de Salud pueden enviar la información médica a las aseguradoras, a Medicaid o a las agencias de la comunidad para pagar los servicios que le prestaron a usted.*

Cierto personal del Departamento podría usar su información para mejorar las operaciones de atención médica del Departamento. El Departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información de las opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede revelarse sin su autorización por escrito en la medida en que la ley lo permita. Esas circunstancias incluyen:

- Denuncia de abuso infantil, de adultos o de personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Investigaciones y auditorías internas que hagan las divisiones, dependencias y oficinas del Departamento.
- Investigaciones y auditorías que haga el inspector general y el auditor general, y la Oficina de Análisis de Políticas del Programa y la Contraloría General del Gobierno de la Legislatura.
- Fines de salud pública, incluyendo estadísticas vitales, informes de enfermedades, vigilancia de salud pública, investigaciones, intervenciones y reglamentación de profesionales de la salud.
- Investigaciones de examinadores médicos del distrito.

- Investigación aprobada por el Departamento.
- Órdenes de tribunales, órdenes judiciales o citaciones.
- Fines de agencias de cumplimiento de la ley, investigaciones administrativas y procesos judiciales y administrativos.

Deberá dar su autorización por escrito para otros usos y revelaciones de su información médica protegida que haga el Departamento. Estos usos y revelaciones pueden ser para fines de mercadeo o investigación, ciertos usos y revelaciones de notas de psicoterapia y la venta de información médica protegida por la que el Departamento de Salud reciba una remuneración.

Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que usted puede revocar por escrito.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene el derecho de pedir al Departamento de Salud que restrinja el uso y la revelación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también puede limitar las revelaciones a personas que participan en su atención. El Departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a que le garanticen que su información será confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la manera y a la dirección o teléfono que usted prefiera. Es posible que deba hacer la solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede dar una dirección que no sea la de su casa para recibir correspondencia y para que nos comuniquemos con usted.

Usted tiene el derecho de revisar y recibir una copia de su información médica protegida que guarda el Departamento de Salud dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud para obtener dicha copia. Debe completar el formulario de Autorización para revelar información confidencial del Departamento y enviar la solicitud al Departamento de Salud del condado o a la oficina de Servicios Médicos para Niños. Si hay demoras para que reciba la información, le informarán del motivo de la demora y la fecha prevista en que la recibirá.

Su revisión de la información se supervisará en un momento y un lugar establecidos. Le pueden negar el acceso según lo especifique la ley.

Si decide recibir una copia de su información médica protegida, tiene el derecho de recibirla en la forma o el formato que pida. Si el Departamento no puede producirla en esa forma o formato, le dará la información en una copia impresa legible o en otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

El Departamento no puede darle acceso a las notas de psicoterapia ni a cierta información que se esté utilizando en un procedimiento legal. Los registros se guardan durante períodos específicos de acuerdo con la ley. Si su solicitud abarca información que supere dicho tiempo en que el Departamento debe guardar el registro, es posible que la información ya no esté disponible.

Si le niegan el acceso, tiene el derecho de pedir una revisión de un profesional de atención médica autorizado que no haya participado en la decisión de negarle el acceso. El Departamento designará a este profesional de atención médica autorizado.

Tiene el derecho de corregir su información médica protegida. Debe presentar por escrito su solicitud para corregir su información médica protegida y dar un motivo que respalde la corrección solicitada. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, parcial o totalmente, si encuentra que la información médica protegida:

- no la creó el Departamento;
- no es información médica protegida;
- por ley, no está disponible para su revisión;
- es exacta y está completa.

Si aceptan su corrección, el Departamento la hará y le informará a usted y a otras personas que deban saber que se hizo la corrección. Si le niegan la solicitud, puede enviar una carta que describa el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. El Departamento responderá su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe abajo en la sección “Quejas”.

Usted tiene el derecho de recibir un resumen de ciertas revelaciones de su información médica protegida que el Departamento de Salud podría haber hecho. Este resumen no incluye:

- revelaciones hechas a usted;
- revelaciones hechas a las personas que participan en su atención;
- revelaciones autorizadas por usted;
- revelaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
- revelaciones para salud pública;
- revelaciones para la reglamentación de profesionales médicos;
- revelaciones para denunciar abuso infantil, de adultos o de personas discapacitadas;
- revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye revelaciones para:

- fines de investigación, que no sean los que usted autorizó por escrito;
- respuestas a órdenes de tribunales, citaciones u órdenes judiciales.

Puede solicitar un resumen de un período máximo de 6 años a partir de la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en versión electrónica, tiene el derecho de recibir una copia impresa si la pide.

El Departamento de Salud puede enviar un correo o llamar para recordarle sus citas de atención médica.

PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

El acceso a la información sobre sus antecedentes médicos y atención médica es fundamental para ayudar a garantizar que reciba atención de alta calidad y le ofrece a su proveedor de atención médica un panorama más completo de su salud en general. Esto puede ayudar a su proveedor a tomar mejores decisiones sobre su atención. La información también puede evitar que deba repetir pruebas, lo que le ahorra tiempo, dinero y preocupaciones. Los avances recientes en tecnología ahora promueven el intercambio electrónico seguro y protegido de información clínica importante de un proveedor de atención médica a otro mediante las redes de Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE). El Departamento de Salud y sus Departamentos de Salud de los condados participan en una red de HIE y también lo hacen en varias de estas redes con proveedores de atención médica externos de confianza que tienen sistemas de registros médicos electrónicos. El HIE permite a sus proveedores de atención médica compartir su información médica de forma electrónica, rápida y segura con una red de proveedores de atención médica, incluyendo médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Esta información se transmite

de forma segura y solo los proveedores de atención médica autorizados que tengan un motivo válido pueden acceder a ella. Al compartir información de forma electrónica mediante un sistema seguro, se reduce el riesgo de que sus registros impresos o enviados por fax se utilicen indebidamente o se extravíen.

La decisión de participar en el HIE es totalmente personal.

Opción 1. Sí a la participación en el HIE. Si acepta que su información médica se comparta a través del HIE y en el momento tiene registrado un formulario de Inicio de servicios y consentimiento para el tratamiento, no debe hacer nada. Firmando el formulario, nos ha dado su permiso para compartir su información médica con el HIE.

Opción 2. NO al HIE. Puede elegir que su información no se comparta de forma electrónica mediante la red de HIE (“exclusión”) en cualquier momento, completando el formulario de “Exclusión del intercambio de información médica” disponible en el Departamento de Salud del condado. Si opta por la exclusión del HIE, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información médica a través de este medio. Debe entender que, si opta por la exclusión, los proveedores de atención médica que lo atienden aún pueden comunicarse con nosotros para pedir que les compartamos su información médica, como se indica en este Aviso. La exclusión no evita que la información se comparta entre los miembros de su equipo de atención. Tenga en cuenta que esta exclusión no afecta la información médica que se haya revelado mediante el HIE antes del momento en que optó por la exclusión.

Opción 3. Puede cambiar de opinión en cualquier momento.

Usted puede dar su consentimiento hoy para compartir información mediante el HIE y después cambiar de opinión siguiendo las instrucciones en el formulario de exclusión descrito en la Opción 2.

De manera alternativa, puede optar por no participar en el HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el Formulario de restablecimiento de la participación en el HIE del DOH.

SINCRONIZACIÓN DE LA APLICACIÓN MÓVIL PARA PERSONAL HEALTH RECORDS (REGISTROS MÉDICOS PERSONALES, PHR) CON DATOS DEL USUARIO

Como parte de los servicios ofrecidos por el Departamento de Salud, puede descargar la aplicación móvil complementaria para PHR para acceder a sus registros médicos personales. Esta aplicación es la versión móvil del portal de Florida Health Connect.

El objetivo de la aplicación móvil para PHR es darle acceso a sus datos médicos desde su dispositivo móvil, desde cualquier lugar y en cualquier momento. Podrá sincronizar su cuenta de Florida Health Connect mediante la aplicación móvil con sus datos médicos personales registrados en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para ofrecerle una vista integral de sus antecedentes médicos y su estado de salud actual. Para ofrecerle una vista completa de sus datos médicos y estado de salud, tendrá la opción de sincronizar su aplicación móvil de Florida Health Connect con la aplicación Google Fit o Apple Health instalada en su dispositivo móvil.

Sus datos de Google Fit o Apple Health no se revelarán a terceros sin su permiso expreso por escrito.

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. En este Aviso de prácticas de privacidad le informamos de la manera en que su información médica protegida puede usarse y la manera en que el Departamento conserva su información privada y confidencial. En este aviso se explican las prácticas y obligaciones legales relacionadas con su información médica protegida. El Departamento tiene la responsabilidad de avisarle después de una violación de su información médica protegida que no tiene seguridad.

Como parte de sus obligaciones legales, el Departamento debe entregarle este Aviso de prácticas de privacidad. El Departamento está obligado a cumplir los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, tendrá validez para toda la información médica protegida que conserva. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o revisados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> y estarán disponibles por correo electrónico y en todas las sedes del Departamento de Salud. Además, hay otros documentos disponibles que explican con más detalle sus derechos de revisar, copiar y modificar su información médica protegida.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad médica, puede presentar una queja al: Department of Health's Inspector General en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/al teléfono 850-245-4141, y al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/al teléfono 202-619-0257 o gratis al 877-696-6775.

Debe presentar la queja por escrito, describir los actos u omisiones que cree que violan sus derechos de privacidad y presentarla en un plazo de 180 días después de haberse enterado o debería haberse enterado de que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Las solicitudes para obtener más información sobre los asuntos alcanzados por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de las instalaciones del Departamento de Salud en las que recibió el aviso o al Department of Health's Inspector General, 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/Tallahassee, FL 32399-1704/al teléfono 850-245-4141.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Este Aviso de prácticas de privacidad está vigente desde el 21 de febrero de 2022 y debe permanecer vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” (Normas de privacidad de la información médica identificable; resolución definitiva), CFR 45, Partes 160 a 164. *Federal Register* (Registro Federal), volumen 65, n.º 250 (28 de diciembre de 2000).

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” (Normas de privacidad de la información médica identificable; resolución definitiva), CFR 45, Partes 160 a 164. *Federal Register* (Registro Federal), volumen 67 (14 de agosto de 2002).

HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules (HHS, Modificaciones a las normas de privacidad, seguridad, cumplimiento y violación de la HIPAA bajo la Ley de tecnología de información médica para la salud clínica y económica y la Ley de no discriminación por información genética; Otras modificaciones a las normas de la HIPAA), Registro Federal, volumen 78, reg. 5566 (25 de enero de 2013).