



HOJA DEMOGRÁFICA DE VACUNACIÓN/ INMUNIZACIÓN INFANTIL

Fecha _____

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO/A



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

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

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

Form box with options: 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: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA.

LÉALO DETENIDAMENTE.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada a la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del seguro social y otros medios para identificarlo a usted como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o se puede usar para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información sobre servicios médicos. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de comercios anteriores. Esta información médica es usada por el Departamento de Salud en muchas formas en el desempeño de actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser usada por el Departamento de Salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas y hospitales para cuidar de usted. Su información médica protegida puede compartirse, con o sin su autorización, con otro proveedor de atención médica para propósitos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica para el manejo de su caso y servicios. El Departamento de Salud, clínica u hospital pueden enviar la información médica a compañías aseguradoras, Medicaid o agencias de la comunidad para pagar por los servicios que le proporcionan.*

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

Cierta información médica protegida puede divulgarse sin su autorización escrita según lo permita la ley. Tales circunstancias incluyen:

- Reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Auditorías e investigaciones internas por parte de las oficinas, divisiones y dependencias del departamento.
- Investigaciones y auditorías por parte del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de las Políticas del Programa y Contraloría General de la legislatura.
- Propósitos de salud pública, que incluyen estadísticas demográficas, reporte de enfermedades, supervisión de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de profesionales médicos.
- Investigaciones del médico forense de distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones;
- Propósitos de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos legales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requieren su autorización escrita. Esta autorización tiene una fecha de vencimiento y usted la puede revocar en forma escrita. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de mercadeo e investigación, ciertos usos y divulgación de notas del psicoterapeuta y la venta de información médica protegida que resulta en remuneración para el Departamento de Salud.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar las restricciones. Sin embargo, en situaciones en las que usted o alguien más en su nombre pagan por la totalidad de un artículo o servicio, y usted solicita que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a una compañía aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada.

Tiene derecho a que le garanticen que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted elija. Es posible que se le pida que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar por los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea la de su residencia donde puede recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. La inspección que usted haga de la información se hará bajo supervisión y en un lugar y hora definidos. Puede denegársele el acceso según lo especifique la ley. Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica certificado que no haya estado involucrado en la decisión de denegar el acceso. El departamento será el encargado de designar a este profesional de atención médica certificado.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. La solicitud de corregir su información médica protegida debe hacerse por escrito e indicar un motivo que respalde la corrección que solicita. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o en parte, si determina que la información médica protegida:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

No fue creada por el departamento.
No es información médica protegida.
Por ley, no está disponible para que usted la inspeccione.
Es precisa y completa.

Si se acepta la corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otros que deben estar enterados de la misma. Si se deniega la corrección, puede enviar una carta donde detalla el motivo por el cual no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, tal como se describe más adelante en la sección de quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud pueda haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que le hayan hecho a usted.
- Divulgaciones hechas a las personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para salud pública.
- Divulgaciones para fines normativos de profesionales médicos.
- Divulgaciones para reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye:

- Divulgaciones con fines de investigación, distintos a los que usted autorice por escrito.
- Divulgaciones en respuesta a órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones.

Puede solicitar un resumen de un período de menos de 6 años desde la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa.

El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarle para recordarle de citas de atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Por ley, el Departamento de Salud está obligado a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad explica cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento la mantiene privada y confidencial. Este aviso explica las prácticas y responsabilidades legales relacionadas a su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de informarle luego de una violación de la seguridad de su información médica protegida.

Como parte de las responsabilidades legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos vigentes del Aviso de prácticas de privacidad.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, aplicará a toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos de prácticas de privacidad

nuevos o enmendados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en www.myflorida.com y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud. También hay disponibles otros documentos que explican en más detalle sus derechos a inspeccionar y copiar y enmendar su información médica protegida.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad en cuestiones médicas, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada gratuita 877-696-6775.

La queja se debe hacer por escrito, describir los actos u omisiones que considera que violan sus derechos de privacidad, y presentarse dentro de los 180 días después de enterarse o de cuando debió haber sabido que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Las solicitudes de información adicional sobre los temas cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de la oficina del Departamento de Salud donde recibió este aviso o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 1 de julio del 2013 y se mantendrá 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." 45 CFR Partes 160 a164. *Federal Register* 65, no. 250 (28 de diciembre, 2000).
"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volumen 67 (14 de agosto, 2002).
HHS, modificaciones a las Reglas de aviso de violación, privacidad, seguridad y aplicación de HIPAA de acuerdo con la Ley de tecnologías de la información para la salud económica y clínica y la Ley de no discriminación por información genética, otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero, 2013).

DH150-741, 09/13

