

OHI School Based Wellness Program - Consentimiento de los Padres



OCEAN HEALTH INITIATIVES, INC.
Su Casa Médica Orientada al Paciente

Por favor, completar, firmar y regresar a la escuela
¿Preguntas? Por Favor llame (732) 363-6655



1

DÍGANOS SOBRE SU NIÑO

Escuela o Nombre del Programa: _____ Condado: _____
 Maestro: _____ Cuarto #: _____ Grado: _____ AM/PM
 Nombre Legal del Niño: _____ Fecha de Nacimiento del Niño: _____
 Masculino/Femenino Seguro Social del Niño: _____ - _____ - _____
 Nombre del Padre /Guardián: _____ Correo Electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad/Código postal: _____
 Teléfono: () _____ **Opciones de contacto:** Enviar Nota al Hogar con Estudiante
 Alt. Teléfono: () _____ Envieme las Instrucciones por Correo
 Contacto de Emergencia: _____ Envieme las Instrucciones por Correo Electrónico
 Teléfono de Emergencia: () _____ Llámeme con las Instrucciones
 Envieme las Instrucciones por Mensaje de Texto

2

HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

MARQUE CADA CONDICIÓN QUE APLIQUE A SU HIJO(A)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH/Trastorno y deficiencia de atención | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Acné Severo |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Desmayo /Mareos | <input type="checkbox"/> Eccema o Infecciones de la Piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> Anemia de Células Malformadas |
| <input type="checkbox"/> Asma o Sibilancias | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Murmuro/Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de Estómago |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Sangrados Nasales | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hemofilia/Problemas de Sangría | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Infección Crónicas del Oído | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas Dentales Recientes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Contagiosas | <input type="checkbox"/> Problemas Renales o Infecciones de Vejiga | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |
| <input type="checkbox"/> Alérgico al Látex | <input type="checkbox"/> Escoliosis | | |

¿Su hijo tiene alguna alergia? _____
 ¿Su hijo toma algún medicamento? _____

3

INFORMACIÓN DEL SEGURO

NIÑO TIENE MEDICAID/NJ FAMILY CARE
 Escriba 16 dígitos del Niño CCN Número AQUÍ:

NIÑO TIENE SEGURO PRIVADO
 Nombre del Seguro Médico (Aparte de Medicaid): _____
 Grupo #: _____ Teléfono del Seguro: () _____
 Empleador: Nombre: _____ Teléfono #: () _____
 Nombre del Adulto Asegurado: _____
 FECHA DE NACIMIENTO del Adulto Asegurado: _____
 Miembro ID/Póliza #: _____ Seguro Social del Adulto Asegurado: _____ - _____ - _____

Para que su hijo reciba los servicios del Wellness Program deben tener a OHI como su proveedor primario. Si usted necesita cambiar su proveedor de atención primaria puede hacerlo llamando a su compañía de seguros de salud:

- Amerigroup- 1-800-600-4441
- Horizon NJ Health- 1-877-765-4325
- UHC- 1-800-941-4647

4

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

En consideración del servicio ofrecido y para ser ofrecidos por Ocean Health Initiatives (OHI) y médico (s) tratando mi niño (s), por la presente autorizo a mi compañía de seguro (s) médico - (Medicare, Medicaid, Blue Cross Blue Shield, Compañías de Seguros Comerciales, programa de Bienestar Social del Condado, la Unión o compañía de seguros propios y / o cualquier otro pagador tercero) para reembolsar a OHI y / o el médico tratando mi niño (s) directamente por los servicios cubiertos. Acepto única responsabilidad de todos los gastos incurridos como resultado de los servicios ofrecidos y acuerdo pagar cantidades no cubierta por mi seguro (s). Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar la información correcta con respecto a los seguros, así como las autorizaciones y / o referencias necesarias para la facturación. Entiendo que si no he proporcionado a OHI con información precisa y actualizada respecto a mi compañía de seguros u otro plan de beneficios / o pagador tercero que proporciona cobertura de salud a mi niño, seré personalmente responsable por el costo de toda la atención prestada por OHI. Entiendo que hay un programa de tarifas reducidas para pacientes sin seguro con bajo ingresos.

5

OTROS CARGOS

Yo entiendo que las tarifas de OHI puede que no incluyan los honorarios cobrados por el médico responsable del tratamiento de mi niño (s) u otros proveedores de atención de salud (por ejemplo, las tarifas por las pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Como cuestión de expediente, entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios proporcionados a mi niño. En el caso de negación por una compañía de seguros, por la presente consiento a OHI apelar la negación en mi nombre.

6

USO DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a OHI utilizar información personal de salud de mi niño y para dar a conocer dicha información: (a) cualquier médico que solicite para continuar la atención, tratamiento, pagos o para la atención de la salud, (b) cualquier entidad que puede ayudar a la práctica en el desempeño de sus funciones de atención médica o puede ser responsable por la facturación y / o la colección; (c) a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable por todos o parte de los cargos de la práctica o los honorarios de los médicos, incluyendo pero no limitado a, las compañías de seguros, organizaciones de mantenimiento de salud, portadores de compensación de trabajadores u otros pagadores terceros (por ejemplo, Medicaid u otros pagadores de seguro de salud), o (d) cualquier agencia gubernamental u otra organización responsable de la supervisión de OHI. Entiendo que mi información puede ser transmitida electrónicamente, por fax o por medio de un intercambio de información de salud.

7

POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO

Doy permiso para que mi niño sea examinado y tratado por un proveedor de Ocean Health Initiatives si mi niño demuestra señales, o se queja, de lesiones o enfermedades en la escuela durante el año escolar de 2019-2020.

Certifico que he recibido una copia del AVISO DE PRIVACIDAD HIPAA CONJUNTA de OHI.

Firma _____ Fecha _____

Imprima Nombre _____

Por favor, completar, firmar y regresar a la escuela
¿Preguntas? Por Favor llame (732) 363-6655



OCEAN HEALTH INITIATIVES, INC.
Su Casa Médica Orientada al Paciente
www.ohinj.org (732) 363-6655

101 Second St., Lakewood, NJ 08701
10 Stockton Dr., Toms River, NJ 08753
333 Haywood Rd., Manahawkin, NJ 08050
Lakehurst Circle Center II, 686 Route 70, Lakehurst, NJ 08733
Clifton Ave. Elementary School, 625 Clifton Ave., Lakewood, NJ 08701
Lakewood High School, 855 Somerset Ave., Lakewood, NJ 08701

Formulario de Información del Paciente para Estudiante y Familia

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: (Por favor, imprimir el nombre legal completo, sin apodos)

Nombre del Paciente (Estudiante): Apellido: _____ Nombre: _____

¿Es su niño ahora o han sido alguna vez paciente de OHI? SI No

¿Su hijo tiene un pediatra presentemente? SI No

Si es así:

Nombre del Pediatra/Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____

¿Ha tenido su niño un chequeo durante el último año? SI No

¿Está su niño al día con todas las vacunas? SI No

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL:

(Por favor, imprimir el nombre legal completo, sin apodos)

Nombre del Padre/Guardián Legal: Apellido: _____ Nombre: _____

¿Es usted o alguna vez ha sido paciente de OHI?

Si es así ¿qué tipo de servicios reciben en la actualidad? Por favor, marque lo que corresponda:

Salud Mental Salud Dental Medicina de Familia Medicina Interna

OB/GYN Pediatría Podiatra Servicios Sociales

Si no, ¿le gustaría estar registrado como un paciente para hacer una cita? SI No

Teléfono # Donde Puede ser Localizado: _____

Correo Electrónico: _____

¿Hay Alguno de sus familiares pacientes actuales de OHI? SI No

Ofrecemos servicios de atención primaria y preventiva en nuestra práctica de múltiples especialidades:

Salud Mental • Salud Dental • Medicina de Familia • Medicina Interna

OB/GYN • Pediatría • Podiatra • Servicios Sociales

Para hacer una cita en cualquiera de nuestras localidades, por favor llame (732) 363-6655 o visítenos en www.ohinj.org



OCEAN HEALTH INITIATIVES, INC.

Su Casa Médica Orientada al Paciente

www.ohinj.org (732) 363-6655

101 Second St., Lakewood, NJ 08701
10 Stockton Dr., Toms River, NJ 08753
333 Haywood Rd., Manahawkin, NJ 08050
Lakehurst Circle Center II, 686 Route 70, Lakehurst, NJ 08733
Clifton Ave. Elementary School, 625 Clifton Ave., Lakewood, NJ 08701
Lakewood High School, 855 Somerset Ave., Lakewood, NJ 08701

Declaración de Derechos del Paciente

<p>1. Está informado de estos derechos y las normas del Centro de Salud y regulaciones, incluyendo la responsabilidad del paciente de respetar los derechos personales y la propiedad privada de los demás.</p> <p>2. Está informado de los servicios disponibles en la instalación; de los nombres y la situación profesional del personal que preste y / o responsable de su cuidado, y de las tasas y cargos incluidos los honorarios y cargos por servicios no cubiertos por las fuentes de pago de terceros.</p> <p>3. Está seguro de asistencia médica y ha sido informado de su condición actual a menos que sea médicamente contraindicado (según lo documentado por un médico en el historial-médico del paciente).</p> <p>4. Tiene el derecho a participar en la planificación de su atención médica y tratamiento; tiene derecho a negarse a los medicamentos y el tratamiento, se informa de las opciones de tratamiento disponibles, incluyendo la opción de no querer tratamiento, y de los posibles beneficios y riesgos de cada opción.</p> <p>5. Tiene derecho a expresar sus quejas al personal del Centro o su administración autoritativa y recomendar cambios en las normas y servicios.</p> <p>6. Tiene derecho a negarse a participar en la investigación experimental. (Si él o ella decide participar, su consentimiento informado por escrito se obtendrá).</p> <p>7. Es libre de abuso mental y físico, libres de explotación, y está libre de restricciones, químicos, físicos, y de cualquier otros tipos.</p>	<p>8. Es asegurado que su historial médico y de salud será tratado confidencialmente, y aprobará o rechazará la entrega a cualquier individuo fuera del Centro de Salud, excepto cuando sea requerido por ley o tercer contrato de pago.</p> <p>9. Es tratado con consideración, respeto y pleno reconocimiento de su dignidad, la individualidad y el derecho a la privacidad, incluyendo, pero no limitado a, auditiva y privacidad visual, y confidencialidad sobre el tratamiento de los pacientes y revelaciones.</p> <p>10. No está requerido a recibir o aceptar los servicios del Centro de Salud.</p> <p>11. Puede unirse con otros pacientes o personas para trabajar para mejoría de atención del paciente.</p> <p>12. Está asegurado de ejecutar las libertades civiles y religiosas, incluyendo el derecho a decisiones personales independientes.</p> <p>13. No es el objeto de discriminación por su edad, raza, sexo, preferencia sexual, nacionalidad, incapacidad, diagnóstico, capacidad de pago, o fuente de pago.</p> <p>14. No es privado de cualquier derechos civiles constitucionales y / o legales por el mero hecho de recibir del Centro de Salud.</p> <p>15. Tiene derecho a una evaluación adecuada y tratamiento del dolor.</p> <p>16. Recibir atención en un ambiente seguro.</p>
---	---

Responsabilidades del Paciente

1. Proporcionar, con su mejor conocimiento, información precisa y completa acerca de las quejas actuales, enfermedades anteriores, medicamentos, y otros asuntos relacionados con la salud.
2. Reportar cambios inesperados sobre su condición al proveedor responsable.
3. Informar si él o ella comprende claramente un curso de acción y qué se espera de ellos.
4. Seguir el tratamiento recomendado por el proveedor. Esto puede incluir seguir las instrucciones de las enfermeras y otros proveedores de la salud al llevar a cabo un plan coordinado de la atención.
5. Recordar de asistir las citas y, cuando no pueda hacerlo, él o ella debe notificar al proveedor responsable o departamento.
6. Por sus acciones de rechazar el tratamiento o no seguir las instrucciones del proveedor.
7. Asegurarse que las obligaciones financieras de la asistencia medica de él o ella son cumplidas tan pronto como sea posible.
8. Seguir las reglas y regulaciones que afectan la atención del paciente y su conducta.
9. Tener consideración por los derechos de otros pacientes y personal del Centro de Salud.
10. Ser respetuoso con la propiedad de otras personas y el Centro de Salud

Ofrecemos servicios de atención primaria y preventiva en nuestra práctica de múltiples especialidades:

Salud Mental • Salud Dental • Medicina de Familia • Medicina Interna

OB/GYN • Pediatría • Podiatra • Servicios Sociales

Para hacer una cita en cualquiera de nuestras localidades, por favor llame (732) 363-6655 o visítenos en www.ohinj.org

HIPAA CONJUNTA AVISO DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN CONJUNTA DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

(A) INTRODUCCIÓN

Se está proporcionando este aviso conjunto con usted por parte de OCEAN HEALTH INITIATIVES (OHI) y los empleados y profesionales que trabajan en OHI con respecto a los servicios prestados en OHI (en conjunto referido aquí como "Nosotros" o "Nuestro"). Entendemos que la información médica es privada y confidencial. Además, estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la "información de salud protegida." "Información de salud protegida" o "ISP" incluye cualquier información de identificación personal que obtenemos de usted u otras personas que se relaciona con su pasado, presente o futura salud física o la salud mental, la atención médica que ha recibido, o el pago de su atención médica. Vamos a compartir información de salud protegida con otros, según sea necesario, para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud relacionados con los servicios a prestar en las instalaciones OHI

Como es requerido por la ley, este aviso le informa sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de su ISP. Este aviso también describe los usos y divulgaciones que hacemos de los ISP. Debemos cumplir con las disposiciones de la presente notificación como vigente, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y para hacer que el aviso revisado eficaz para toda la ISP que mantenemos. Siempre se puede solicitar una copia por escrito de nuestro aviso de privacidad más reciente de OHI Oficial de Privacidad al OHI o puede acceder a ella en nuestro sitio web en WWW.OHINJ.ORG.

(B) USOS Y REVELACIONES PERMITIDOS

Podemos usar o divulgar su ISP para propósitos de operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Para cada una de estas categorías de usos y divulgación, hemos suministrado una descripción y un ejemplo a continuación. Sin embargo no se enumeran cada uso o divulgación particular en cada categoría.

- El tratamiento implica la provisión, coordinación o gestión de su atención médica, incluida consultas entre los proveedores de salud relacionados con su cuidado y referencias para el cuidado de la salud de un médico a otro. Por ejemplo, un médico que lo atiende por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, el médico puede tener que ponerse en contacto con un terapeuta físico para crear el régimen de ejercicio adecuado para su tratamiento.

- El pago significa que las actividades que llevamos a cabo para obtener el reembolso de la atención médica que usted recibió, incluida la facturación, cobros, gestión de reclamaciones, determinaciones de elegibilidad y cobertura y otras actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, es posible que tenga que proporcionar a su pagador de terceros para determinar si el tratamiento propuesto será cubierto o si es necesario para obtener el pago. Federal o estatales pueden exigir que obtengamos un permiso escrito de usted antes de divulgar cierta ISP especialmente protegida para fines de pago, y le pedirá que firme una autorización cuando sea necesario según la ley aplicable.

- Operaciones de atención médica significa que las funciones de apoyo de OHI, relacionados con el tratamiento y el pago, como las actividades de control de calidad, gestión de casos, recibir y responder a los comentarios y quejas de pacientes, revisiones médicas, programas de cumplimiento, auditorías, planificación, desarrollo, gestión y las actividades administrativas. Por ejemplo, podemos utilizar su ISP para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar la ISP acerca de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar su ISP para propósitos de revisión y aprendizaje. Además, es posible eliminar la información que lo identifica a usted para que otros puedan usar la información de-identificado a estudiar la atención médica y la prestación de atención de la salud sin saber quién es usted.

(C) OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

También podemos utilizar su ISP en las siguientes formas:

- Para recordarle sus citas para tratamiento o atención médica.

- Para informarle o recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud.

- Para su familia o amigos o cualquier otra persona identificada por usted en la medida directamente relacionada con la participación de dicha persona en su cuidado o en el pago de su atención. Podemos usar o divulgar su ISP para notificar o ayudar en la notificación de, un miembro de la familia, un representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, condición general o muerte. Si está disponible, le daremos la oportunidad de oponerse a estas divulgaciones, y no vamos a hacer estas revelaciones si usted se opone. Si no está disponible, nosotros determinaremos si la divulgación de su familia o amigos es en su mejor interés, teniendo en cuenta las circunstancias y en base a nuestro juicio profesional.

- Podemos incluir cierta limitada ISP en el directorio de OHI. Esto puede incluir su nombre, ubicación en OHI, su condición general (por ejemplo, regular, estable, etc) y su afiliación religiosa. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, puede ser revelada a personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino, aunque no pregunten por usted por su nombre. Usted puede solicitar no ser incluido en el directorio.

- Cuando la ley lo permita, podemos coordinar nuestros usos y divulgaciones de su ISP con entidades públicas o privadas autorizadas por la ley o por estatuto para ayudar en los esfuerzos de socorro.

- Le permitirá a su familia y amigos para que actúen en su nombre para recoger recetas, suministros médicos, rayos X y otras formas similares de su ISP, cuando determinamos, a nuestro juicio profesional, que está en su mejor interés de hacer tales revelaciones.

- Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestros esfuerzos de marketing a lo permitido por la ley aplicable y la recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicaciones de recaudación de fondos.

- Podemos utilizar o divulgar su ISP para propósitos de investigación, sujeto a los requisitos de la ley aplicable. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento en particular. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación que equilibra las necesidades de investigación con la necesidad del paciente de la vida privada. Cuando es necesario, vamos a obtener una autorización por escrito antes de usar su información médica para la investigación.

- Vamos a utilizar o divulgar su ISP cuando sea requerido por la ley aplicable.

- De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar su ISP a su empleador si se conservan a cabo una evaluación en relación con la vigilancia médica de su lugar de trabajo o para evaluar si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Se le notificará de estas revelaciones por su empleador o a OHI como es requerido por la ley aplicable.

Nota: Usos incidentales y revelaciones de ISP a veces ocurren y no se consideran como una violación de sus derechos. Usos y divulgaciones incidentales son subproductos de usos o divulgaciones permitidos de otro modo que están limitados en su naturaleza y no puede razonablemente evitarse.

(D) SITUACIONES ESPECIALES

Sin perjuicio de los requisitos de la legislación aplicable, haremos los siguientes usos y divulgaciones de su ISP:

- Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su ISP a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante es necesario para facilitar la donación de órganos y tejidos y trasplante.

- Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su ISP según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar ISP sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

- Compensación al Trabajador.** Podemos revelar su ISP a programas que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

- Actividades de salud pública.** Podemos revelar su ISP para actividades de salud pública, incluidas las revelaciones:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- reportar nacimientos y muertes;
- reportar el abuso o descuido de niños;
- a las personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para las actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios regulados por la FDA y para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente adulto ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si el paciente está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

- Actividades de supervisión de salud.** Podemos revelar su ISP a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades (por ejemplo, la atención sanitaria, la búsqueda de pago, y los derechos civiles).

- Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar su ISP sujeta a ciertas limitaciones.

- Aplicación de la ley.** Podemos revelar información médica si no lo pide por un oficial de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, orden, citación o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un crimen bajo ciertas circunstancias limitadas;
- Acerca de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- conducta Acerca criminal en nuestro local, o

- En circunstancias de emergencia, para reportar un crimen, el lugar del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos revelar su ISP a un médico forense o examinador médico. También podemos revelar ISP sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

- Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia.** Podemos revelar su ISP a oficiales federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley o los funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente o jefes de estado extranjeros.

- Los reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su ISP a la institución correccional o al funcionario policial. Sería necesario (1) para proporcionarle atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

- Amenazas graves.** Según lo permitido por la ley aplicable y las normas de conducta ética, podemos utilizar y divulgar su ISP si, de buena fe, creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del uso o de la divulgación Es necesario que el público o las autoridades policiales para identificar o detener a una persona.

Nota: Los registros de abuso de información relacionada con el VIH, la información genética, el alcohol y / o sustancias, los registros de salud mental y otra información de salud especialmente protegidos podrán disfrutar de ciertas protecciones especiales de confidencialidad bajo las leyes estatales y federales. Cualquier divulgación de este tipo de registros estarán sujetos a estas protecciones especiales.

(E) OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Ciertos usos y divulgaciones de su ISP se harán sólo con su autorización por escrito, incluyendo los usos y / o divulgaciones: (a) de las notas de psicoterapia (en su caso), (b) para fines de marketing, y (c) que constituyen una venta del su ISP bajo la Regla de Privacidad. Otros usos y divulgaciones de su ISP no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que la revocación por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado medidas en relación con su autorización.

(F) SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en nuestros usos y divulgaciones de su ISP para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que la revelación es un plan de salud con el fin de recibir el pago, el ISP se refiere únicamente a los elementos de cuidado de la salud o servicios para los que ha pagado la factura en su totalidad, y la revelación es no sea requerido por la ley. Para solicitar una restricción, usted puede hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

- Usted tiene el derecho de solicitar razonablemente para recibir comunicaciones confidenciales de su ISP por medios alternativos o en lugares alternativos. Para hacer dicha solicitud, puede presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la ISP contenida en nuestros registros, excepto:

- para las notas de psicoterapia, (es decir, las notas que han sido registrados por una sesión de consejería que documentan profesionales de salud mental y se han separado del resto de su historia clínica);

- la información compilada en la anticipación razonable de, o para su uso en, una acción o procedimiento civil, criminal, o administrativo;

- para la ISP sobre ensayos de laboratorio cuando el acceso está restringido por la ley;

- si usted es un interno de la prisión, y el acceso podría poner en peligro su salud, seguridad, custodia o rehabilitación o la de otros presos, cualquier funcionario, empleado u otra persona en la institución correccional o de la persona responsable del transporte de ti;

- si obtuvimos o creamos ISP como parte de un estudio de investigación, el acceso a la ISP puede ser restringido por el tiempo que la investigación está en curso, siempre que haya aceptado el rechazo temporal del acceso al consentimiento para participar en el la investigación;

- para el ISP contenida en los registros mantenidos por una agencia federal o contratista cuando el acceso está restringido por la ley, y

- para el ISP obtenida de alguien que no sea nosotros bajo una promesa de confidencialidad, cuando el acceso solicitado razonablemente podría revelar el origen de la información.

Con el fin de inspeccionar u obtener una copia de su ISP, puede presentar su solicitud por escrito al Expediente Médicos. Si usted solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiar y enviar sus expediente, así como otros gastos relacionados con su solicitud.

También podemos negar una solicitud de acceso a la ISP en ciertas circunstancias, si hay una posibilidad de daño a sí mismo o a otros. Si rechazamos una solicitud de acceso a tal efecto, usted tiene derecho a que nuestra negación revisada de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.

- Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su ISP, pero podemos rechazar su solicitud de enmienda, si determinamos que la ISP o registro que es el objeto de la solicitud:

- no fue creada por nosotros, a menos que usted proporcione una base razonable para creer que el autor del ISP ha dejado de estar disponible para actuar sobre la enmienda solicitada;

- no es parte de sus registros médicos o de facturación u otros registros utilizados para tomar decisiones sobre usted;

- no está disponible para su inspección según lo establecido anteriormente, o

- sea precisa y completa.

En cualquier caso, cualquier modificación acordada se incluirá como una adición a, y no un sustituto de, los registros ya existentes. Para solicitar una enmienda de su ISP, debe presentar su solicitud por escrito al Depositario registro médico en OHI, junto con una descripción de la razón de su solicitud.

- Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de su ISP hecha por nosotros a las personas o entidades distintas a usted para los seis años previos a su solicitud, a excepción de las revelaciones:

- llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y sanitario previsto anteriormente;

- incidental a una utilización o divulgación permitida o requerida por la ley aplicable;

- de conformidad con su autorización por escrito;

- para las personas involucradas en su cuidado o para otros fines de notificación conforme a lo dispuesto por la ley;

- con fines de inteligencia a lo dispuesto por la ley de seguridad nacional o internacional;

- a instituciones correccionales oa oficiales de la ley conforme a lo dispuesto por la ley;

- como parte de un conjunto limitado de datos conforme a lo dispuesto por la ley.

Para solicitar una contabilidad de divulgaciones de su ISP, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de OHI. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo específico para la contabilidad (por ejemplo, los últimos tres meses). La primera lista que usted solicite dentro de un período de doce (12) meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos de los costos involucrados, y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.

- Usted tiene el derecho de recibir una notificación, en caso de que haya un incumplimiento de su ISP no segura, que requiere la notificación bajo la Regla de Privacidad.

(G) QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han sido violados, debe comunicarse inmediatamente con el Oficial de Privacidad de OHI al (732) 719-1508. No vamos a tomar medidas contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

(H) PERSONA DE CONTACTO

Si usted tiene alguna pregunta o desea más información sobre este aviso, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad de OHI al (732) 719-1508.

Este aviso es efectivo a partir del 23 de septiembre de 2013.

