

KU Wichita USD 261 Haysville / School-Based Health Care
Formulario de consentimiento de los padres para recibir servicios de atención médica

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR
<p>Apellido del estudiante: _____</p> <p>Nombre del estudiante: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Escuela a la que asiste: _____</p> <p>Grado escolar: _____</p> <p>Núm. seguro social del estudiante: _____</p> <p>Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se niega a responder</p> <p>Raza (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> <p>Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> No deseo responder</p> <p>Dirección del estudiante: _____ _____ _____ <i>Ciudad Estado Código Postal</i></p> <p>Número de tel. celular del estudiante: _____</p> <p>¿Tiene el estudiante un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿quién es el médico de atención primaria del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p>	<p>Padre/Madre: Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Móvil: _____ Correo electrónico: _____</p> <p>Padre/madre adicional: Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Móvil: _____ Correo electrónico: _____</p> <p>Tutor legal (que no sea el padre/madre), si corresponde Apellido: _____ Nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Móvil: _____ Correo electrónico: _____</p> <p>Contacto de emergencia adicional a quien doy permiso que se le divulgue la información médica protegida de mi estudiante: Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Móvil: _____</p>

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
<p>¿Su hijo tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Núm. de identificación de Medicaid _____</p> <p>¿Cuál plan? <input type="checkbox"/> KanCare – Sunflower Health Plan <input type="checkbox"/> KanCare - UnitedHealthcare Community Plan de Kansas <input type="checkbox"/> KanCare - Aetna Better Health de Kansas</p> <p>Si puede, adjunte una copia de su tarjeta de seguro a este formulario.</p>	<p>¿Tiene su hijo cobertura a través del empleador suyo o algún otro tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____ Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Identificación del miembro/Núm. póliza: _____ Tel. seguro médico: _____</p> <p>Si puede, adjunte una copia de su tarjeta de seguro a este formulario.</p>

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD

He leído y entiendo los servicios que se enumeran en la siguiente página (Servicios del Centro de Salud) y mi firma da mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por KU Wichita USD 261 Haysville Health Clinic. No se requiere el consentimiento de los padres para los estudiantes que tienen 18 años o más o para los estudiantes que están emancipados legalmente.

NOTA: De acuerdo con la ley estatal, estatuto 38-123b: “Sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, cualquier menor de dieciséis (16) años de edad o mayor, cuando ningún padre o tutor esté disponible de inmediato, puede dar su consentimiento para la realización y prestación de tratamiento o procedimientos hospitalarios, médicos o quirúrgicos y dicho consentimiento no estará sujeto a la negación por la minoría de edad. El consentimiento de un padre o tutor de dicho menor no será necesario para autorizar el tratamiento o los procedimientos hospitalarios, médicos o quirúrgicos propuestos”.

X _____

Firma del padre/tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o de otro modo lo permite la ley) **Fecha**

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

He leído y entiendo la divulgación de información médica en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para divulgar información médica según lo especificado.

X _____

Firma del padre/tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o de otro modo lo permite la ley) **Fecha**

KU Wichita USD 261 Haysville
Formulario de consentimiento de los padres para recibir
servicios del centro de salud

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por profesionales de la salud de KU Wichita USD 261 Haysville autorizados por el estado y entiendo que esto puede incluir estudiantes que trabajen bajo la autorización del médico supervisor, APRN o PA-C. Entiendo que se asegurará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud en áreas de servicio específicas de acuerdo con la ley, y que se alentará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y de atención médica. Los servicios de la clínica de salud pueden incluir, entre otros:

1. Evaluaciones de la visión, audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras afecciones médicas, primeros auxilios y vacunas requeridas y recomendadas.
2. Examen físico completo (examen médico completo), incluyendo exámenes para la escuela, deportes, documentos de trabajo y nuevos ingresos.
3. Pruebas de laboratorio prescritas por un médico, como infecciones, anemia, células falciformes y diabetes.
4. Atención y tratamiento médico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades y dolencias agudas y crónicas, y dispensación y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. Educación de salud y asesoramiento para la prevención de conductas de riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y fumar, así como educación sobre la abstinencia y prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH, según la edad.
7. Remisiones para servicios que no se proporcionan en el centro de salud.
8. Cuestionarios de evaluación.

KU Wichita USD 261 Haysville
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA

Mi firma en el reverso de este formulario autoriza la divulgación de información médica. Esta información se puede compartir para: (1) el tratamiento de su estudiante, incluyendo la divulgación al personal escolar involucrado en la atención médica de mi estudiante, incluyendo, entre otros, la enfermera de la escuela, el asistente de salud, el trabajador social, el consejero y el proveedor de atención de salud mental en el campus en la medida necesaria para brindar atención médica integral y de calidad; (2) para fines de facturación y pago; y (3) Medica de atencion primaria.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de KU Wichita Medical Practice Association y entiendo que tengo derecho a revisar estas prácticas de privacidad antes de firmar este formulario de consentimiento. Entiendo que KU Wichita Medical Practice puede cambiar sus prácticas de privacidad en el futuro y que puedo solicitar una copia de las nuevas prácticas de privacidad en cualquier momento. También entiendo que puedo contactar al Funcionario de Privacidad de KU Wichita Medical Practice Association con cualquier pregunta que pueda tener sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad. Además de los otros usos y divulgaciones descritas en este documento, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de la información médica de mi estudiante para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Además de lo anterior, la información sobre su estudiante se puede compartir como parte de una denuncia de abuso y/o negligencia de

Consentimiento para facturar al seguro y a la parte responsable

Entiendo que la clínica de salud debe cubrir sus gastos y, por lo tanto, extiende facturas por los servicios prestados. Esto incluye la facturación a terceros, como cualquier aseguradora médica correspondiente. Además, entiendo que como la parte responsable de mi estudiante, se me facturará directamente por los servicios médicos proporcionados por KU Wichita USD 261 Haysville que no estén cubiertos por mi aseguradora como se indica en el reverso de este formulario. Acepto pagar y asumir toda la responsabilidad por los gastos médicos y hospitalarios y cualquier servicio de emergencia incurrido en beneficio de mi estudiante que no esté cubierto por mi seguro. Si tengo inquietudes con respecto a la facturación, entiendo que debo comunicarme con KU Wichita Medical Practice Association al (316) 293-3429 y no a USD 261 ni a la escuela donde se prestaron los servicios de salud.

Divulgación de antecedentes médicos

He revisado con mi estudiante el formulario de antecedentes médicos adjunto y he completado sus antecedentes médicos.

Enumere todas las personas (además del contacto de emergencia indicado en la página 1) con las cuales usted nos autoriza a discutir la atención médica de su estudiante.

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:

Firma de la parte responsable _____

Fecha _____



LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene preguntas sobre esta notificación o desea más información, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al (316) 293-2620. El 7 de junio de 2013 entra en vigencia esta notificación.

KU School of Medicine - Wichita Medical Practice Association ("MPA") recopila información individualmente identificable sobre usted en el curso de la prestación de servicios a usted. Podemos usar y divulgar su información de salud sin su consentimiento expreso o autorización para algunos fines, mientras que otros fines nos exigen que obtengamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información. Puede quitar tal autorización, por escrito, en cualquier momento en la medida en que MPA no dependa de ella.

Debemos darle esta Notificación sobre nuestras prácticas de privacidad y seguir estas prácticas. Podemos actualizar esta Notificación para mostrar cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad. La nueva Notificación tendrá vigencia para toda la información de salud protegida que está a nuestro cargo. Publicaremos una copia de la Notificación actual en los lugares donde reciba servicios. Puede solicitar una copia de la notificación revisada al llamar al MPA o al solicitar una en el momento de su próxima cita.

CÓMO MPA PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Podemos usar y divulgar su información de salud sin una autorización para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento. Podemos usar su información de salud para brindarle tratamiento médico. Podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que forme parte de su cuidado. También, podemos divulgar información a personas ajenas a la AMP involucradas en su tratamiento, como otros proveedores de atención médica, familiares y amigos.

Pagos. Podemos usar y divulgar su información médica, según sea necesario, para cobrar el pago de los servicios que le brindamos. Además, podemos proporcionar información a otros proveedores de atención médica para ayudarle a obtener el pago por los servicios que le brindamos.

Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras operaciones que realizamos de manera interna. Estos usos y divulgaciones son necesarios para nuestras operaciones diarias y para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad. Podemos divulgar información médica sobre usted a otro proveedor de atención médica o plan de salud con el que usted también haya tenido una relación cuyos fines son operaciones internas de ese proveedor o del plan.

Podemos divulgar y usar su información de salud y usted nos autoriza a usar y divulgar su información para:

Recordatorios de citas. Podemos proporcionarle recordatorios de citas. Puede solicitar por escrito que enviemos recordatorios a una dirección confidencial o alternativa.

Alternativas de tratamiento. Podemos proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento, y otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Además, podemos divulgar su información de salud a entidades externas sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

Socios comerciales. El MPA proporciona algunos servicios a través de contratos o acuerdos con socios comerciales. Exigimos a nuestros socios comerciales que protejan su información de manera responsable.

Creación de información de salud desidentificada. Podemos usar su información de salud para crear información de salud no identificada. Esto significa que la información que ayudarían a identificarlo se eliminarán o modificarán.

Usos y divulgaciones exigidas por ley. Usaremos y/o divulgaremos su información de salud cuando la ley así lo exija de manera expresa.

Divulgaciones para actividades de salud pública. Podemos divulgar su información de salud a un organismo gubernamental autorizada (a) para recopilar datos con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o (b) para recibir informes de abuso o negligencia infantil. También, podemos divulgar dicha información a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa si la ley lo permite.

Divulgaciones sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. La MPA puede divulgar su información de salud a una autoridad gubernamental si creemos, más allá de cualquier duda razonable, que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Investigación. Su información puede ser utilizada o divulgada a investigadores para llevar a cabo investigaciones aprobadas por un consejo de privacidad o un comité de revisión institucional.

Actividades de supervisión de la salud. Su información de salud puede ser divulgada a agencias gubernamentales y juntas para investigaciones, auditorías, licencias y propósitos de cumplimiento.

Divulgaciones por procedimientos judiciales y administrativos. Su información médica protegida puede ser divulgada en respuesta a una orden judicial o en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se cumplen ciertos requisitos legales.

Divulgaciones para fines que tratan sobre aplicación de la ley. Podemos divulgar su información médica a un oficial de la ley como lo exige la ley o en cumplimiento de una orden judicial, una resolución judicial, una citación o una citación emitida por un funcionario judicial; una citación del Gran Jurado; o una solicitud administrativa relacionada con una investigación legítima de aplicación de la ley.

Divulgaciones sobre víctimas de un delito. En respuesta a la solicitud de un oficial de la ley, podemos divulgar información sobre usted con su aprobación. También, podemos divulgar información en una situación de emergencia o si está incapacitado o si aparenta ser víctima de un delito.

Individuo fallecido. Podemos divulgar información para la identificación del cuerpo o para determinar la causa de la muerte.

Militares y veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información sobre usted según lo exijan las autoridades de comando militar. También, podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley. Esta divulgación debe ser necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

Divulgaciones para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad. Podemos divulgar información para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o de la población, o según sea necesario para que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.

Divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información médica protegida según sea necesario para cumplir con los requisitos gubernamentales por razones de seguridad nacional o para la protección de ciertos funcionarios gubernamentales o dignatarios extranjeros.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órganos o tejidos.

Indemnización a los trabajadores. Podemos divulgar información médica sobre usted para la indemnización de trabajadores o programas similares.

Le daremos la oportunidad de objetar los siguientes usos y divulgación de su información:

Notificación. Es posible que le informemos a sus amigos, familiares y otros cuidadores datos que sean relevantes para llevar a cabo a su atención.

Ayuda durante desastres. Podemos divulgar información sobre usted a organismos públicos o privados para fines de ayuda en casos de desastre.

Salvo por lo dispuesto anteriormente, obtendremos su autorización por escrito antes de la divulgación de su información para cualquier otro propósito. Específicamente, se requiere una autorización por escrito antes de la divulgación de su información:

Notas de psicoterapia. No usaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin una autorización por escrito, salvo que lo permita específicamente la ley.

Marketing. No utilizaremos ni divulgaremos su información con fines de marketing, excepto para las comunicaciones cara a cara con usted o regalos promocionales de valor nominal, sin su autorización por escrito.

Venta de información. No venderemos su información médica protegida sin su autorización por escrito, incluida la notificación del pago que recibiremos.

Cuando se realice una divulgación en virtud de su autorización por escrito, tiene derecho a revocar la autorización en cualquier momento. La revocación de una autorización debe manifestarse por escrito. La revocación entra en vigencia a partir de la fecha en que se entregó y no afecta ninguna divulgación previa realizada bajo la autorización.

Si una ley estatal o federal proporciona restricciones o protecciones adicionales a su información, cumpliremos con el requisito más estricto.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD.

Derecho a revisar y copiar. Usted tiene el derecho de revisar y copiar información de salud que queda a resguardo de la MPA. Para hacerlo, debe completar un formulario específico con la información necesaria a fin de procesar su solicitud. Si solicita copias, podemos cobrar una tarifa razonable. Podemos negarle el acceso en ciertas circunstancias limitadas. Si negamos el acceso, puede solicitar la revisión de esa decisión por parte de un tercero y cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a solicitar modificación. Si cree que sus registros contienen información inexacta o incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Para solicitar una enmienda, debe completar un formulario específico con la información que necesitamos para procesar su solicitud, incluida la razón que respalda su solicitud.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones. Tiene derecho de solicitar una lista de divulgaciones de su información de salud que hemos hecho, con ciertas excepciones definidas por la ley. Para solicitar esta lista, debe completar un formulario específico con la información que necesitamos para procesar su solicitud.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestros usos y divulgaciones de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Debe completar un formulario específico con la información que necesitamos para procesar su solicitud. Estamos obligados a aceptar una solicitud de restricción relacionada con la divulgación de información a su plan de salud para pagos u operaciones de atención médica donde usted paga el servicio en su totalidad. De otro modo, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción en el uso o divulgación de su información. El Oficial de Privacidad de MPA es la única persona que tiene la autoridad para aprobar dicha solicitud.

Derecho a solicitar métodos alternativos de comunicación. Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar determinado. Debe completar un formulario específico con la información necesaria para procesar su solicitud. El Oficial de Privacidad de MPA es la única persona que tiene la autoridad para actuar en dicha solicitud. No le preguntaremos el motivo de su solicitud y atenderemos todas las solicitudes con cierto grado de razonabilidad.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS Tiene derecho a solicitar una copia en papel de esta Notificación.

NUESTRA OBLIGACIONES.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la Información de salud protegida y que proporcionemos a las personas este Aviso de nuestros deberes legales y nuestra práctica de privacidad con respecto a la información de salud.

Estamos obligados a notificarle si hay una violación de su Información de salud protegida no asegurada.

Estamos obligados a seguir los términos de la Notificación actual.

Podemos cambiar los términos de esta Notificación y la Notificación revisada se aplicará a toda la información de salud que esté bajo nuestra responsabilidad. Si revisamos esta Notificación, se publicará una copia de la Notificación revisada y se podrá solicitar una copia a nuestro Oficial de Privacidad al número que se indica al comienzo de este formulario.

RECLAMOS.

Si cree que se han violado sus derechos con respecto a la información de salud, puede presentar una queja ante la MPA o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante MPA, comuníquese con el Oficial de Privacidad, KU School of Medicine - Wichita Medical Practice Association, 1010 N. Kansas, Wichita, Kansas 67214 o al (316) 293-2620. Solicitamos que las quejas se presenten por escrito. No será penalizado por presentar una queja.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

O puedo llamar al: 1-877-696-6775

O puede visitar la siguiente página: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/>

No será penalizado por presentar una queja.

SUS DERECHOS CON RESPECTO AL INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD.

KU School of Medicine - Wichita Medical Practice Association (MPA) participa en el intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica y planes de salud en el estado de Kansas a través de una organización de información de salud aprobada (HIO). A través de nuestra participación, otros proveedores y planes de salud pueden acceder a su PHI para brindar tratamiento, realizar pagos u operaciones de atención médica. El MPA puede usar la información de otros proveedores en la coordinación de la atención. Se requiere que el HIO aprobado mantenga las protecciones para proteger la privacidad y la seguridad de la PHI. El HIO aprobado solo puede permitir que el personal autorizado acceda a la PHI a través del HIO.

Según la ley de Kansas, tiene derecho a decidir si los proveedores y los planes de salud pueden acceder a su información de salud a través de un HIO. Tienes dos opciones. Primero, puede permitir que las

personas autorizadas accedan a su PHI mantenida a través de un HIO para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si elige esta opción, no tiene que hacer nada.

Segundo, puede restringir el acceso a su PHI que se mantiene a través de un HIO. Para hacerlo, debe enviar una solicitud de exclusión de HIE a través de Kansas Health Information Exchange, Inc. visitando www.kanhit.org o llamando al Centro de soporte de KHIE al (785) 296-8627 para obtener más información. Puede evitar que KU School of Medicine - Wichita Medical Practice Association haga que su PHI esté disponible para el HIO siguiendo las instrucciones en la sección anterior, "Derecho a solicitar restricciones". Incluso si restringe el acceso a través de (o opta por no participar en un HIO), los proveedores y los planes de salud pueden compartir su información a través de otros medios legales ya disponibles sin su autorización específica.

Por favor, comprenda su decisión de restringir el acceso a su información médica electrónica a través de un HIO puede limitar la capacidad de sus proveedores de atención médica para brindarle la atención más efectiva. Al enviar un solicitud de restricciones, acepta los riesgos asociados con esa decisión.

FIN