



Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)

Padres/Guardianes:

El Centro de Salud y Bienestar de Ponus/CMS es una asociación entre Ponus, Concord Magnet School y Norwalk Community Health Center. ¡Esta carta es una invitación para inscribir a su hijo/a en el Centro de Salud y Bienestar (HWC)!

La atención médica en el HWC está a cargo de un equipo multidisciplinario. Una enfermera practicante, un trabajador social clínico autorizado/consejero profesional autorizado de salud mental y un psiquiatra que brindan atención en la escuela de su hijo/a. Lo invitamos a seleccionar todos los servicios que su hijo pueda necesitar durante sus años en la escuela primaria y secundaria.

Para inscribir a su hijo/a en los servicios de SBHC:

- Se necesita información actualizada del seguro si su hijo está asegurado. *No se cobrará nungun copago, coseguro ni deducible en este lugar pero se le facturara a usted despues de que hayamos enviado los servicios a su seguro medico y despues de recibir la correspondencia de su seguro. Nadie sera rechazado por su capacidad de pago.*
- **Para Nuevos Pacientes de NCHC:** Por favor, llene y firme el formulario de Consentimiento escogiendo que tipo de servicios su hijo(a) tiene permiso para recibir mientras son estudiantes en la escuela Ponus o CMS
 - Llene el formulario agregado **Registracion de Estudiantante y Historial De Salud**
- **Para padres presente de NCHC:** Por favor de firmar y regresar la **Pagina 2 & 3**
- Devuelva los formularios completos de inscripción/registro al HWC, oficina de enfermeras o de oficina de administracion

Servicios ofrecidos en SCHC:

- Consejería (individual, familiar y en grupo)
- Manejo de enfermedades crónicas (como asma, eczema) si NCHC es su proveedor de atención primaria.
- Educación para la salud/reducción de riesgos
- Intervención de crisis y prevención del suicidio
- Nutrición/control de peso
- Exámenes físicos (deportivos, escolares o pre-empleo)
- Exámenes de salud
- Inmunización
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades/lesiones menores
- Servicios didácticos contra el acoso escolar

Por favor, tenga en cuenta que el pediatra o médico de familia de su hijo sigue siendo el principal proveedor de atención para su hijo. Los servicios de HWC no reemplazan al pediatra o médico de familia de su hijo, y los médicos y enfermeros de HWC trabajarán junto con el médico principal de su hijo para brindarle atención. El Centro de Salud Escolar (SBHC) ofrece servicios que pueden complementar la atención brindada por su médico principal. Cuando sea apropiado y con su permiso, trataremos de compartir información médica con el médico de su hijo para evitar duplicación de servicios de atención médica y brindarle la mejor atención posible a su hijo. Si su hijo no tiene un médico, podemos ayudarle a encontrar uno.

El personal de HWC le agradece su tiempo. Junto con usted y el médico principal de su hijo, trabajaremos para mantener a su hijo saludable y en la escuela. Por favor, llame al pediatra o médico de familia de su hijo a llamar al SBHC si tiene preguntas. **Si tiene preguntas o necesita más información, por favor llame al Centro de Salud y Bienestar al 203-899-2208.**



**Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center
Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)**

Rebecca Kaplan APRN, Directora de Operaciones Clínicas
Ernesta Gadalla, Directora de Enfermería

**CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR EN LA ESCUELA
CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ESTUDIANTE PARA SERVICIOS**

Yo, _____, doy mi consentimiento para que _____
(Padre/Tutor Legal del Estudiante) (Nombre del Estudiante)
reciba servicios de salud administrados por el Centro de Salud Comunitario de Norwalk en el siguiente **centro de salud y bienestar en la escuela.**

- Ponus
- Concord Magnet School

Si su estudiante solicita alguno de los siguientes servicios, ¿tienen su permiso para que los reciba?

<u>MENÚ DE SERVICIOS</u>	<u>CONSENTIMIENTO OTORGADO</u> (SELECCIONE UNA OPCIÓN)	
SALUD FÍSICA		
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades menores y lesiones con referencia para el tratamiento de enfermedades crónicas y lesiones graves con referencia para el tratamiento de enfermedades crónicas y lesiones graves. (Puede incluir análisis de orina, cultivo de garganta, pruebas de sangre limitadas, dispensación de medicamentos sin receta y/o provisión de medicamentos con receta) 	SÍ	NO
• Exámenes físicos, incluyendo exámenes físicos para deportes/empleo	SÍ	NO
• Vacunaciones de acuerdo con la División de Salud Pública	SÍ	NO
• Asesoramiento nutricional	SÍ	NO
SALUD MENTAL		
• Asesoramiento individual	SÍ	NO
• Asesoramiento en grupo	SÍ	NO
• Asesoramiento familiar	SÍ	NO
• Asesoramiento y referencia para abuso de drogas, alcohol u otras sustancias.	SÍ	NO
EDUCACIÓN		
• Programas individuales y grupales centrados en elecciones de vida saludable	SÍ	NO
• Programa individual y grupal centrado en didáctica contra el acoso escolar	SÍ	NO

SERVICIOS CONFIDENCIALES

Los siguientes servicios confidenciales son ofrecidos por este Centro de Salud y Bienestar en la Escuela. Si usted da su consentimiento para que su hijo/a reciba servicios confidenciales en el Centro de Salud y Bienestar en la Escuela, entonces de acuerdo con la Ley de Connecticut (CGS § 19a-216), usted no tiene el derecho a obtener información sobre estos servicios a menos que su hijo/a le dé permiso al Centro de Salud y Bienestar en la Escuela para compartir esa información.

- Pruebas de embarazo.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

El Centro de Salud y Bienestar en la Escuela no ofrece los siguientes servicios

- Tratamiento o pruebas de condiciones médicas o psiquiátricas complejas
- Pruebas de laboratorio complejas
- Hospitalización



**Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center
Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)**

- Radiografías

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO

Entiendo que el Centro de Salud Comunitario de Norwalk retiene la autoridad administrativa y proporciona financiamiento parcial para el Centro de Salud y Bienestar en la Escuela. Los miembros designados del equipo del Centro de Salud en la Escuela están obligados por ley a divulgar información específica del paciente al Departamento de Salud Pública (DPH), con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, vigilancia o discapacidades en Connecticut, así como en los Estados Unidos. Tal información requerida por la ley incluye: enfermedades de transmisión sexual; datos de laboratorio; nacimientos; defunciones; reacciones adversas a medicamentos; abuso o negligencia infantil; y violencia doméstica. Otros datos generales también se enviarán al DPH para seguimiento estadístico, pero esta información se desidentifica, lo que significa que el nombre de mi estudiante será eliminado.

He tenido la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Comunitario de Norwalk.

Comprendo que el Centro de Salud y Bienestar en la Escuela puede utilizar la telemedicina para brindar servicios de salud mental y médicos. La videoconferencia entre el estudiante y el proveedor no implica almacenamiento, grabación ni archivo de datos. Los encuentros de telemedicina seguirán estando sujetos a los requisitos de la Regla de Privacidad de HIPAA que se aplica a la Información de Salud Protegida.

Entiendo que se puede facturar el seguro por los servicios cubiertos y la necesidad de proporcionar información del seguro antes de que se brinden los servicios.

Comprendo que de acuerdo con HIPAA y FERPA, doy mi consentimiento para que la enfermera escolar se comunique directamente con el personal del Centro de Salud y Bienestar en la Escuela para garantizar la continuidad de la atención, y para que el personal del Centro de Salud y Bienestar en la Escuela se comunique directamente con la enfermera escolar.

Comprendo que el centro de Salud y Bienestar no cobrarán copagos ni ningún otro cargo de bolsillo por el uso de los Servicios del Centro de Salud en la Escuela.

Comprendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de este consentimiento. Cualquier solicitud de revocación debe ser por escrito y enviada al Centro de Salud en la Escuela asociado con la atención de mi estudiante.

Entiendo que si tengo un Proveedor de Atención Primaria externo, consiento la liberación de información directamente a mi Proveedor de Atención Primaria para la continuidad de la atención y citaré su nombre en el Formulario de Registro del Paciente..

Reconozco que toda la información solicitada en el Formulario de Historia de Salud del Registro y este consentimiento es precisa y completa. Mi estudiante y yo hemos leído este formulario detenidamente y comprendo que si tengo alguna pregunta, puedo llamar al Coordinador del Centro de Salud y Bienestar en la Escuela para cualquier explicación antes de firmar esta autorización.

Con mi firma a continuación, certifico, como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, que entiendo el consentimiento del Centro de bienestar en la escuela para el tratamiento. **Este consentimiento es válido por 2 años a partir de la fecha de la firma.**

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre Impreso del Padre/Tutor Legal

Firma del estudiante

Fecha

Nombre Impreso del Estudiante



**Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center
Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)**

Dirección postal

Ciudad Estado Código postal

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Información del Paciente (Estudiante) (en pluma)				Grado: K 1 2 3 4 5 6 7 8			
Apellido del Paciente:		Nombre:		Segundo nombre:		Masculino	Femenino
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código Postal	
						Fecha de nacimiento:	
Raza (por favor, marque todas las que correspondan) Caucásico/Blanco Negro/ Afroamericano Asiático/Isleño Nativo/Habitante de Otras Islas del Pacífico						Etnicidad (por favor, marque) Hispano/Latino Árabe	
Indígena Americano/Alaska Nativo						No hispano/latino/árabe	
Proveedor de Atención Primaria (Médico de Familia)						# de Teléfono del estudiante:	
Nombre: _____		Número de Teléfono: _____				_____	
En caso de emergencia, contactar a: _____						¿El paciente está empleado?	
Relación con el paciente: _____						Sí No	
Teléfono: _____							

Información de los Padres/Tutores Legales

Nombre Legal Completo de la Madre:	
Dirección:	Teléfono de Casa
Correo Electrónico de la Madre:	Teléfono Celular:
Nombre del Empleador y Dirección:	Teléfono del Trabajo:
Nombre Legal Completo del Padre:	
Dirección:	Teléfono de Casa:
Dirección:	Teléfono Celular:
Nombre del Empleador y Dirección:	Teléfono del Trabajo:
Nombre del Tutor Legal (si no es la madre ni el padre): Relación con el Estudiante	
Dirección:	Teléfono de Casa:
Dirección:	Teléfono Celular:
Nombre del Empleador y Dirección:	Teléfono del Trabajo:

► Información del Seguro (REQUERIDA) – Envíe una Copia del frente y reverso de la Tarjeta de Seguro

Fuente de pago para la atención, por favor marque una de las siguientes opciones: Sin Seguro _____ Medicaid: (Por favor, circule)	Información del Seguro Secundario: Medicaid: (Por favor, circule)
---	---



**Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center
Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)**

Número de Medicaid: _____ Seguro Comercial: _____ Número de Póliza: _____ Nombre del Suscriptor: _____ Relación con el Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____	Número de Medicaid: _____ Seguro Comercial: _____ Número de Póliza: _____ Nombre del Suscriptor: _____ Relación con el Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____
---	---

**Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center
FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA**

Se necesita un historial de salud completo y preciso para que el personal de HWC pueda brindar atención de alta calidad. Los servicios no se proporcionarán a menos que este formulario esté completo. **Un padre/tutor legal debe completar este formulario a mano con pluma.** Por favor, escriba toda la información en letra de imprenta.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado ____ Femenino Masculino
 (Apellido) (Nombre) (segundo nombre)

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? (alimentos, medicamentos, látex)

Sí No Si la respuesta es sí, ¿por favor indique cuáles? _____

Por favor, proporcione la siguiente información sobre los medicamentos que su adolescente está tomando.

Nombre de los medicamentos	Razón por la que se toman	Duración del consumo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Su adolescente ha sido hospitalizado alguna vez durante la noche?

Sí No Si la respuesta es sí, indique la edad en el momento de la hospitalización y describa el problema.

Edad	Problema
_____	_____
_____	_____

¿Ha tenido su adolescente alguna lesión o enfermedad grave?

Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique. _____

¿Ha sido atendido su hijo por un proveedor de atención médica en el último año? Nombre del proveedor: _____

Sí No Si la respuesta es sí, indique el número de visitas: _____ Teléfono: _____

Motivo(s) de la(s) visita(s): _____

¿Ha sido atendido su hijo en una sala de emergencias en el último año?

Sí No Si la respuesta es sí, indique el número de visitas: _____

Motivo(s) de la(s) visita(s): _____

¿Ha sido atendido su hijo en una visita dental en el último año?

Sí No Nombre del dentista: _____

¿Ha sido hospitalizado su hijo o ha recibido asesoramiento para la salud emocional?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____



**Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center
Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)**

Motivo _____

POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO

Por favor, indique cuáles de las siguientes condiciones ha tenido su **HIJO/A**:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné/Problemas en la Piel | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> TDAH/Problemas de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Problemas de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Lesiones Deportivas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón/Vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas |
| Estomacales/Intestinales | | | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Embarazo/Parto/Aborto | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca Reumática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales | |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |

Si alguna de las opciones anteriores está marcada, por favor proporcione más detalles. _____

En el **último año**, ¿ha habido algún cambio en su familia, como:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> Enfermedad Grave | <input type="checkbox"/> Cambio de Escuela | <input type="checkbox"/> Nacimientos | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Separación | <input type="checkbox"/> Pérdida de Empleo | <input type="checkbox"/> Mudanza a una casa nueva | <input type="checkbox"/> Fallecimientos | <input type="checkbox"/> Otros |

Por favor, marque cualquiera de las siguientes enfermedades que **HAYAN TENIDO MIEMBROS DE SU FAMILIA** (padre, hermano, hermana, abuelo, tía, tío, etc.) e indique qué miembro de la familia tuvo cada enfermedad.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/learning disability/TDAH/Problema de Aprendizaje _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/Abuso de Drogas _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento _____ | <input type="checkbox"/> Hemofilia _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto _____ |
| <input type="checkbox"/> Sordera _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón/Vejiga _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental _____ |
| | <input type="checkbox"/> Células Falciformes _____ |
| | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular _____ |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea _____ |
| | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| | <input type="checkbox"/> Muerte Inexplicada _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

**PREOCUPACIONES DE LOS
PADRES/TUTORES**

A continuación se presentan algunas preocupaciones comunes de los adolescentes y las familias. Si tiene alguna de estas preocupaciones, por favor anime a su hijo/a a programar una visita en el Centro de Bienestar o siéntase libre de llamar al Centro de Bienestar para discutir sus inquietudes.

Peso/Dieta/Nutrición
Patrones de Sueño
Fumar cigarrillos/mascar tabaco
Elección de amistades
Imagen de sí mismo/autoestima
Depresión
Mentir, Robar o vandalismo

Violencia
Notas escolares/absentismo/abandono escolar
Relaciones con miembros de la familia
Uso de Drogas/Alcohol
Comportamientos sexuales
Identidad sexual
Estado de ánimo excesivamente cambiante o rebelión

Si desea ayuda para establecer un seguro, encontrar un médico o un dentista, por favor llame al Centro de Salud Escolar.

Nombre de la persona que completa este formulario: _____



Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)

Relación con el estudiante: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Según lo requerido por las Regulaciones de Privacidad Promulgadas de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluida información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o con servicios de atención médica relacionados.

Usos y Divulgaciones de la Información de Salud Protegida: Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por nuestra organización, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, respaldar el funcionamiento de la organización y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaremos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde atención. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al que se le haya derivado para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar.

Pago: Su información de salud protegida se utilizará según sea necesario para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para la cobertura de equipos o suministros puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación de la cobertura.

Operaciones de Atención Médica: Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de nuestra organización. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, actividades de acreditación y la realización o disposición de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a agencias de acreditación como parte de una encuesta de acreditación. También podemos llamarlo por su nombre mientras esté en nuestras instalaciones. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para contactarlo y verificar el estado de su equipo.

Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización: según lo exige la Ley, problemas de Salud Pública según lo exige la ley, Enfermedades Transmisibles, Supervisión de la Salud, Abuso o Negligencia, Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos, Procesos Legales, Cumplimiento de la Ley, Actividad Criminal, Reclusos, Actividad Militar, Seguridad Nacional y Compensación Laboral. Usos y Divulgaciones Obligatorios: Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando así lo exija el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otras Divulgaciones y Usos Permitidos y Obligatorios Sólo Se Harán con Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad para Objetar, a menos que lo exija la ley.

Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que su médico o esta organización haya tomado una medida confiando en el uso o divulgación indicada en la autorización.

Sus derechos: A continuación se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, según la ley federal, es posible que no pueda inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada en previsión razonable de, o para su uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeta a leyes que prohíben el acceso a la información de salud protegida.

Tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos y divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no se divulgue ninguna parte de su información de salud protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación según lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Nuestra organización no está obligada a aceptar una restricción que pueda solicitar. Si nuestra organización considera que es lo mejor para



Centro de Salud y Bienestar Escolar del Norwalk Community Health Center Sitios: Ponus/Concord Magnet School (CMS)

usted permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no se restringirá. Luego, tiene el derecho de consultar con otro profesional de la salud.

Tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros a través de medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si ha aceptado recibir este aviso de manera alternativa, por ejemplo, electrónicamente.

Es posible que tenga el derecho de que nuestra organización enmiende su información de salud protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene el derecho de recibir un registro de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, si las hay, de su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo sobre cualquier cambio. Luego, tiene el derecho de objetar o retirarse según lo proporcionado en este aviso.

Quejas: Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad sobre su queja.

No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna pregunta, inquietud u objeción con respecto a este formulario, por favor solicite hablar con nuestro Director de Calidad, Riesgo y Cumplimiento.

Las empresas asociadas con las que podríamos hacer negocios, como un servicio de contestación o servicio de entrega, solo reciben la información necesaria para brindarte el servicio correspondiente. No se proporciona información médica.

Damos la bienvenida a tus comentarios: No dudes en llamarnos si tienes alguna pregunta sobre cómo protegemos tu privacidad. Siempre buscamos brindarte servicios de la más alta calidad.