¡Inscriba a su hijo hoy!

STEPHENS SCHOOL-BASED HEALTH CLINIC

Los estudiantes, y sus hermanos de 18 años o menos de Stephens, Bale y Wakefield pueden acceder a los servicios de la atención medica en la escuela, gracias al Hospital de Niños de Arkansas.

- Cuidado de Prevención y evaluaciones
- Vacunas
- Chequeos Físicos (ACH PCP REQ.)
- Servicios de Salud Conductual

Llame hoy a 501-447-4680 para programar una cita.

Arkansas Children's

HOSPITALS · RESEARCH · FOUNDATION

Arkansas Children's Hospital
Consentimiento para Clínica de Salud en la Escuela/(*School-based Health Clinic Consent*)

Nombre del estudiante_____ Fecha de nacimiento_____ Sexo_____

Nombre del tutor legal_____ Fecha de nacimiento_____Parentesco:_____

Dirección_____ Ciudad_____ Código postal_____

Número de teléfono de casa_____ Farmacia preferida_____

Médico de familia_____Ciudad_____Teléfono _____

Seguro de salud (elija uno) ___Medicaid ___ARKIDS First ___Otro ___ Ninguno ID:_____

Nombre de la escuela_____ Nombre de maestro/a_____ Grado_____

Alergias alimenticias/médicas_____

Por favor, lea cada declaración

- Yo entiendo que los siguientes tipos de atención médica pueden ser ofrecidos a mi niño por *Arkansas Children's Hospital (ACH)* a través de la Clínica de Salud en la Escuela (la "Clínica"):
    - Exámenes físicos de rutina y físicos deportivos
    - Atención cuando mi niño está enfermo o tiene problemas de salud
    - Atención por heridas menores
    - Revisión de visión, audición, dientes, y presión sanguínea
    - Algunas Vacunas
    - Prueba de laboratorio
    - Educación de salud y consejería
    - Enseñanza de buenos hábitos para comer y control de peso
    - Prescripción de medicamentos
    - Presentaciones en salones de clase
    - Referencias a un proveedor de mi preferencia para especialidades que no se ofrecen en la Clínica
- Yo soy el padre o tutor legal del estudiante nombrado arriba. Yo doy mi permiso a la Clínica para dar los cuidados mencionados arriba a mi niño.
- No me han dado garantías sobre los resultados de la atención médica proporcionada a través de la Clínica.
- Yo doy permiso para que la información de salud de mi niño sea enviada cuando sea necesario a la oficina de referencias, al doctor y/o al doctor de cabecera, para el manejo de reclamos de seguro médico y auditorías (revisiones) para verificación de esto reclamos.
- Yo entiendo que a ningún estudiante se le negará atención en la Clínica, aunque él/ella no pueda pagar por la atención necesaria.
- Yo también entiendo que si mi niño tiene Seguro médico o Medicaid (ARKids), la compañía de Seguro o el Medicaid (ARKids) podrían recibir cobros por la atención administrada a mi niño.
- Yo permitiré que los pagos por servicios que mi niño recibe en la Clínica sean pagados directamente al proveedor de la Clínica, a ACH, a la compañía de cobros y/o al doctor. Yo permito que estas personas/proveedores/ compañías hagan lo que sea necesario para cobrar y recibir pago por estos beneficios directamente de mi Seguro.
- Yo entiendo que este formulario vence en 1 año de la fecha que se firmó.
- Yo entiendo que puedo revocar/retirar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita a *ACH Communiy Clinical Program*, Slot #608, 1 Children's Way, Little Rock, AR 72202. El retiro de este consentimiento no se aplicará a los servicios previamente provistos por ACH antes de recibir el aviso escrito de retiro.

He leído todas las clausulas en esta hoja de consentimiento y (elija uno):

_____DOY CONSENTIMIENTO a los servicios médicos para el estudiante nombrado arriba por medio de la Clínica de salud de ACH que está en la escuela

____NO DOY CONSENTIMIENTO a los servicios médicos para el estudiante nombrado arriba por medio de la Clínica de salud de ACH que está en la escuela

_____ _____ _____

Firma del tutor legal Fecha Parentesco/Relación

Arkansas Children's Hospital
Health Information Management 1
Children's Way Slot 109
Little Rock, Arkansas 72202
Release of Information
501–364–1268 Fax: 501–364–3968

Solamente para uso oficial: MR# _____ Cuenta# _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD A LAS ESCUELAS

SE REQUIEREN TODOS LOS SIGUIENTES ELEMENTOS ANTES DE DIVULGAR LA INFORMACION

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. ¿Quién está autorizado para divulgar la información?
   Arkansas Children s Hospital Y Proveedores de cuidados de salud y aquellos que dan servicios de salud (enfermeras de las escuelas y terapistas ocupacional, física y del habla, etc.) en el distrito escolar de

   Little Rock School District

2. ¿Quién está autorizado para recibir la información?
   Arkansas Children's Hospital **Y**
   Arkansas Children's Hospital
   1 Children's Way, Slot 109
   Little Rock, AR 72202

   Proveedores de cuidados de salud y aquellos que dan servicios de salud, en el distrito escolar de Little Rock
   _____
   _____
   _____

3. La información específica que se solicita o se divulga:
   Listar las fechas de Servicio:
   ☒ Todo ❑ ____/____/____ a ___/____/____ ❑ Mantenerla para cita pendiente

   ❑ Resumen al dar de alta
   ❑ Historial y Examen Físico
   ❑ Instrucciones al dar de alta
   ❑ Informe de Urgencias
   ❑ Informe Clínico
   ❑ Planes de Acción del Tratamiento
   ❑ Otro _____

4. La información se necesita para:
   La continuidad de cuidado y cualquier preparación o instrucción necesaria en el ambiente escolar

5. Yo Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es una entidad cubierta por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente podría divulgarse nuevamente y no estaría protegida por estas regulaciones.

6. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y el negarme a firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad de beneficios Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información usada/divulgada bajo esta autorización.

7. Yo Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, entregando una copia de mi revocación al Arkansas Children'sHospital, excepto en la medida en que se ha emprendido una acción confiando en esta autorización. Esta autorización se vence: 1 año despuésde la fecha en que se firmó.

8. Yo Entiendo que la información en mi récord médico puede incluir información relacionada a las enfermedades transmitidas sexualmente, al síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede también incluir información acerca de servicios de comportamiento o salud mental y/o tratamiento para abuso de alcohol y drogas

_____ _____
Firma del Paciente o Representante Fecha

_____ _____
Teléfono Parentesco con el paciente

Testigo::_____Telèfono:_____Fecha:_____

AUTH.ROI

ARKANSAS CHILDREN'S HOSPITAL
JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
SPANISH

Reconozco que me recibido copia de Aviso Conjunto sobre Prácticas de Privacidad para Arkansas Children's Hospital (ACH), Arkansas Children's Northwest (ACNW), Arkansas Children's Medical Group (ACMG), University of Arkansas for Medical Sciences (UAMS) y el personal médico de ACH y ACNW.

Nombre (letra de molde): _____

Firma: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Fecha: _____

This document will become a permanent part of the patient's Medical Record.

Please forward to Medical Records.

[redacted]

JOIN.NOT.EN

- **Socios.** Podremos compartir alguna parte de la Información de Salud Protegida con personas o compañías externas que nos proporcionan servicios, por ejemplo la mecanografía de los informes médicos.
- **Directorio de pacientes.** A menos que usted nos indique lo contrario, puede que divulguemos su nombre, ubicación en el hospital y estado general a quien nos pregunte por usted por nombre. Si usted nos lo provee, su afiliación religiosa puede ser compartida con los miembros del clero.
- **Notificación.** Podremos usar o divulgar la Información de Salud Protegida para avisar a un familiar u otra persona que participe en sus cuidados acerca de su ubicación en el hospital y su estado general a menos que usted nos diga que no lo hagamos.
- **Comunicación con la familia.** Un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud podrá compartir la Información de Salud Protegida con un familiar, un amigo íntimo o una persona que usted identifique, si participan en sus cuidados o en el pago por sus cuidados, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.
- **Investigación.** Nuestros investigadores podrán usar la Información de Salud Protegida con su permiso o después de recibir la aprobación de nuestro comité de revisión especial, conocida como el Institutional Review Board (IRB), cuyos miembros revisan y aprueban el proyecto de investigación. En ciertas circunstancias, el IRB puede determinar que su autorización no sea necesaria y dar una exoneración. En otras instancias, su autorización (permiso) será requerida para poder divulgar su Información de Salud Protegida para la investigación.
- **Investigadores, médicos forenses, funerarias.** La ley nos permite divulgar la Información de Salud Protegida a estas personas para que puedan llevar a cabo su trabajo.
- **Organizaciones de donantes de órganos.** Si usted es donante de órganos, tenemos que compartir la Información de Salud Protegida con la agencia de donación de órganos para que puedan hacer la donación de tejidos u órganos o según estemos obligados a hacerlo.
- **Recaudación de fondos.** Nuestra Fundación podrá ponerse en contacto con usted acerca de nuestras campañas de recaudación de fondos o eventos caritativos para recaudar fondos para ACH y/o ACNW. Usted tiene el derecho a optar el no recibir comunicaciones de nuestra Fundación y lo puede hacer con llamar al 1-800-880-7491 o por correo electrónico a giving@archildrens.org o achfdn@archildrens.org.
- **Mercadeo.** En ciertas circunstancias, podemos contactarle como parte de nuestro mercadeo. Podemos usar su Información de Salud Protegida para nuestros propósitos de mercadeo sin su autorización solo cuando hablamos de productos o servicios con usted en persona o si le proveemos un regalo de valor nominal relacionado al producto o servicio. Para otro tipo de mercadeo, debemos obtener una autorización por escrito. Proveerle información o recordatorios para rellenar sus recetas médicas que toma actualmente no se considera como mercadeo.
- **Venta de información.** Nosotros no venderemos su información sin su autorización previamente recibida por escrito o como permitido por la ley.
- **Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration: FDA).** Podremos compartir la información de salud protegida con ciertas agencias de gobierno como la FDA para que puedan retirar fármacos o equipos.
- **Compensación de Trabajadores (Workers Compensation).** Podremos divulgar la Información de Salud Protegida para los reclamos de compensación laboral.
- **Salud pública.** Podremos dar Información de Salud Protegida a las agencias de salud pública que están a cargo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o según los requisitos de la ley.
- **Enfermedad contagiosa.** Podremos divulgar Información de Salud Protegida, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o pueda estar en peligro de contraer la enfermedad o condición.
- **Institución penal.** Si usted es un preso de una institución penal, podemos divulgar su Información de Salud Protegida a la institución o los cuerpos policiales como sea necesario para su salud o la salud o seguridad de otros.
- **Cuerpos policiales.** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida para ser usado por los cuerpos policiales como requerido por la ley.
- **Requisitos legales.** Tendremos que divulgar la Información de Salud Protegida cuando lo requieran las leyes federales, estatales o locales.
- **Descuido médicos.** Debemos divulgar su Información de Salud Protegida a una agencia que investiga descuidos médicos para actividades permitidas por ley (por ejemplo investigaciones e inspecciones). Estas agencias son aquellas que vigilan el sistema de salud, programas de beneficios gubernamentales (por ejemplo Medicaid) y otros programas de regulación gubernamentales.
- **Abuso o negligencia.** Tendremos que divulgar la Información de Salud Protegida a autoridades gubernamentales que estén autorizadas por ley a recibir reportes sobre abuso infantil o negligencia involucrando a niños o adultos en peligro.
- **Procesos legales.** Podremos divulgar su Información de Salud Protegida en el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo, como respuesta a una orden de un tribunal y bajo ciertas condiciones como respuesta a una citación, solicitud de producción de documentos u otros procesos legales como permitido por la ley.
- **Usos y divulgaciones obligatorios.** Tenemos que hacer divulgaciones cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de las Normas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPPA).
- **Para evitar perjuicios.** Podremos usar y divulgar información sobre usted cuando sea necesario para prevenir un riesgo grave de su salud o a la seguridad de la salud pública o de otra persona.
- **Para funciones específicas del gobierno.** En ciertas situaciones podremos divulgar Información de Salud Protegida sobre la salud del personal militar o los excombatientes. Podremos divulgar Información de Salud Protegida para las actividades de seguridad nacional según los requisitos legales.
- **Otros usos de la información médica.** El uso y el hecho de compartir información médica no cubierta por este Aviso o las leyes aplicables al uso se harán solamente con su permiso escrito. Podrá cancelar este permiso en cualquier momento, pero tendrá que hacerlo por escrito. Si cancela este permiso, no usaremos o divulgaremos información médica sobre usted por los motivos indicados en su autorización escrita a menos que la ley nos obligue a hacerlo. No podemos revocar las divulgaciones que ya hayamos hecho. *Revisado Diciembre de 2017*

Español

Arkansas Children's

HOSPITALS · RESEARCH · FOUNDATION

Aviso Conjunto sobre Prácticas de Privacidad

Arkansas Children's Hospital
Arkansas Children's Northwest
Arkansas Children's Medical Group
Arkansas Children's Hospital Medical Staff
Arkansas Children's Northwest Medical Staff
University of Arkansas for Medical Sciences

ESTE AVISO CONJUNTO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

En vigencia a partir del 19 de febrero de 2018

SÍRVASE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

PROPÓSITO:

Este Aviso se provee de parte de Arkansas Children's Hospital (ACH), Arkansas Children's Northwest (ACNW), Arkansas Children's Medical Group (ACMG) y de la universidad University of Arkansas Medical Sciences (UAMS) y los miembros del personal médico de ACH y ACNW. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es algo personal y confidencial y estamos comprometidos a proteger su información médica. Nosotros creamos un registro de la atención médica y los servicios que usted recibió en ACH, ACNW y en nuestras clínicas ("Arkansas Children's"). Necesitamos este registro para poder proveerle atención médica de alta calidad y también cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le explicará todas las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. También le explicaremos sus derechos y ciertas obligaciones que debemos cumplir con respecto al uso y a la divulgación de su información de salud protegida.

La mayoría de nuestros pacientes en el Arkansas Children's son niños. Cuando mencionamos "usted" o "suyo" en este Aviso, nos referimos al paciente. Cuando nos referimos a los tipos de divulgación de información hechos a usted, nos referimos a las divulgaciones al paciente, al encargado del paciente o a la persona que está legalmente autorizada a recibir la información acerca del paciente.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad indica como podemos usar y divulgar su información de salud protegida para poder realizar tratamiento médico, para ejecutar un pago o algún proceso del Sistema de Salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. La "información de salud protegida" es información acerca de usted o de su hijo(a) que es menor de edad, incluyendo nombre, dirección, número de teléfono, etc., que pueda identificarle a usted o que esté relacionada con su pasada, presente o futura salud física o mental y los servicios de atención médica relacionados.

Estamos requeridos por ley a darle este Aviso y a mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (ISP). Debemos cumplir con este Aviso, pero nosotros reservamos el derecho a cambiar las prácticas de privacidad descritas en éste. Este Aviso puede ser accedido en el sitio Web de Arkansas Children's www.archildrens.org y estará presente en las áreas más visibles y en nuestro CareHub. **Usted puede recibir una copia actualizada mandando una solicitud escrita a nuestro Funcionario de Privacidad: Arkansas Children's Privacy Officer, Arkansas Children's Hospital, 1 Children's Way Slot 681, Little Rock, AR 72202**

Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U. si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad. **Para presentar una queja con nosotros, usted puede mandar una carta al Funcionario de Privacidad del ACH describiendo la infracción: ACH Privacy Officer, Arkansas Children's Hospital, 1 Children's Way Slot 681, Little Rock, AR 72202. No habrán represalias por presentarnos una queja.**

Si tiene preguntas o necesita más información, póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad de Arkansas Children's al 501-364-4368.

¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO?

Este Aviso describe las prácticas de: los profesionales de atención médica de ACH y ACNW autorizados a obtener la información dentro de su registro, los empleados de ACH y ACNW, los miembros del personal médico de ACH y ACNW, los voluntarios y otros miembros del personal de ACH y ACNW, los estudiantes bajo entrenamiento en el Campus de ACH o ACNW, los miembros del Acuerdo del Sistema de Salud Organizado: Doctores de UAMS y ACMG, estudiantes médicos de UAMS, las enfermeras de UAMS y ACMG y otros empleados de UAMS y ACMG quienes trabajan o proveen servicios médicos en los campuses de ACH y ACNW.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Tiene los siguientes derechos con respecto a su Información de Salud Protegida y puede:

- Obtener una copia impresa de este Aviso
- Solicitar por escrito la restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información. Nosotros no estamos obligados a cumplir con las restricciones, a menos que usted esté solicitando el restringir cierta información de su plan de seguro médico y a menos que usted o alguien de su parte haya pagado sus servicios de ACH y/o ACNW por completo. La solicitud y el pago por completo deben ser hechos antes que usted reciba cualquiera de los servicios que recibirá.
- Hacer una solicitud razonable para recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte acerca de su información de salud protegida por otros medios o en ubicaciones alternas.
- Revisar u obtener una copia de registros (impresa o en forma electrónica) usadas para hacer decisiones sobre usted. Se le cobrará por el costo de copiar, enviar por correo y otros suministros. La ley nos permite denegar esta solicitud bajo ciertas circunstancias. En algunas situaciones, usted puede pedir que un profesional de servicios médicos identificado por Arkansas Children's que no estuvo involucrado en la denegación original revise el caso. Debemos cumplir con el resultado de dicha revisión del caso. Podemos denegar acceso a la notas de psicoterapia.
- Pedir que se cambiar su registro si siente que la información está incompleta o incorrecta. Sin embargo, la ley nos permite denegar esta solicitud en ciertas circunstancias. Podemos pedirle que haga estas solicitudes de cambios por escrito y nos provea una razón que apoye su solicitud.
- Obtener un registro de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida.
- Proveernos una autorización o un permiso por escrito con respecto a los usos y las divulgaciones de su Información de Salud Protegida que no están cubiertas por este Aviso o permitidas por la ley. Con la excepción de que ya se haya ejecutado el uso o la divulgación, usted puede revocar (o cancelar) dicha autorización. Esta cancelación debe ser hecha por escrito.
- Para revisar o obtener una copia de sus registros, mande una solicitud por escrito al Director de Gestión de la Información Médica (Registros Médicos) de ACH. Cualquier otra solicitud debe ser enviada al Funcionario de Privacidad de Arkansas Children's.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud protegida, seguir las condiciones de este Aviso, proveer este Aviso a usted y notificarle si ha habido una violación de seguridad de su información de salud.

EJEMPLOS DE USOS Y DIVULGACIONES

TRATAMIENTO. La información obtenida por una enfermera, médico u otro profesional de servicios médicos se incluirá en su registro y se usará para planificar y administrar su tratamiento. Podemos comunicarnos y proveer reportes y otra información a su médico y otras personas autorizadas que están involucradas con su tratamiento, incluyendo los proveedores de servicios médicos fuera de ACH y ACNW. Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a otros proveedores de servicios médicos, entidades que reportan salud pública y compañías de seguro médico para tratamiento, para pago o para propósitos de procesos usando el Arkansas Children's Care Network (ACCN), Epic's Care Everywhere y/o el sistema State Health Alliance for Records Exchange (SHARE) a menos que usted opte no participar en el sistema SHARE. Su Información de Salud Protegida puede ser compartida entre ACH, ACNW, ACMG y UAMS como sea necesario para poder completar su tratamiento.

PAGO. Una factura se le enviará a usted y posiblemente a su compañía de seguro médico con información sobre su diagnóstico, procedimientos y suministros usados. También puede que divulguemos información limitada sobre su factura a otros para obtener pago. Su Información de Salud Protegida puede que sea compartida entre ACH, ACNW, ACMG y UAMS como sea necesario para poder obtener su pago.

OPERACIONES REGULARES DE CUIDADOS DE SALUD. El Personal Médico y otros profesionales de cuidados de la salud pueden usar la información de salud protegida para comprobar los cuidados recibidos, cómo ha respondido a ellos y para otros propósitos relacionados con la administración del hospital, del grupo médico o de la clínica. Asimismo, compartiremos la información de salud protegida según sea necesario para llevar a cabo las funciones de rutina. Su Información de Salud Protegida puede que sea compartida entre ACH, ACNW, ACMG y UAMS como sea necesario para llevar a cabo las funciones regulares de cuidados de salud.