

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fecha: _____

Alergias: (incluya medicamento, reacción y edad en que se manifestó por primera vez):

Problemas actuales:

Historia:

Antecedentes del nacimiento:

Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza: _____
Peso al salir de alta: _____ Edad gestacional al nacer (semanas): _____ Método de parto: Vaginal Cesárea
Duración del parto: _____ En caso de cesárea, indique el motivo _____

APGAR 1 mes: _____ APGAR 5 meses: _____ APGAR 10 meses: _____

Alimentación del bebé: Leche materna Nombre de la fórmula infantil
Biberón Ambos _____

Comentarios: Prueba auditiva del recién nacido: Pasó Falló Otros comentarios:

Historia médica: (Marque la casilla correspondiente y escriba los comentarios en los márgenes)

ADD/ADHD _____	Sí	No	Rinitis alérgica _____	Sí	No
Anemia _____	Sí	No	Asma _____	Sí	No
Cardiopatía congénita _____	Sí	No	Estreñimiento _____	Sí	No
Retraso del desarrollo _____	Sí	No	Diabetes _____	Sí	No
Eccema _____	Sí	No	Alergias a alimentos _____	Sí	No
Reflujo gastroesofágico _____	Sí	No	Enfermedad mental _____	Sí	No
Soplo cardíaco _____	Sí	No	Prematuridad _____	Sí	No
Otitis recurrente (infecciones del oído) _____	Sí	No	Faringitis estreptocócica recurrente _____	Sí	No
Convulsiones _____	Sí	No	Abuso de sustancias _____	Sí	No
Infecciones urinarias _____	Sí	No	Problemas de visión _____	Sí	No
Reflujo vesicoureteral _____	Sí	No	Sibilancias _____	Sí	No

Otros antecedentes médicos:

Antecedentes quirúrgicos: (Marque la casilla apropiada)

	Fecha		Cirujano	
Adenoidectomía (extirpación de las adenoides)	Sí	No		
Apendicectomía (extirpación del apéndice)	Sí	No		
Tubos en los oídos	Sí	No		
Funduplicación	Sí	No		
Colocación de tubo de gastrostomía	Sí	No		
Cirugía cardíaca	Sí	No		
Reparación de hernia	Sí	No		
Cirugía ortopédica	Sí	No		
Amigdalectomía	Sí	No		

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Cirugía urológica _____

Derivación ventriculoperitoneal _____

Sí	No		
Sí	No		

Otros antecedentes quirúrgicos: _____

Antecedentes familiares: (Marque todas las casillas que correspondan)

Relación con el NIÑO	Nombre	V: Vivo	D: Difunto	ADD/ADHD	Alergias	Anemia	Asma	Cáncer	Diabetes	Enfermedad ocular	Problemas gastrointestinales	Cardiopatía	Colesterol alto	Hipertensión	Insuficiencia renal	Enfermedad mental	Migrañas	Convulsiones	Abuso de sustancias	Afección tiroidea	Otro
Padres	Madre	V	D																		
	Padre	V	D																		
Hermanos	Hermana	V	D																		
	Hermano	V	D																		
Tías/tíos	Tía mat*	V	D																		
	Tío mat*	V	D																		
	Tía pat*	V	D																		
	Tío pat*	V	D																		
Abuelos	Abuela mat*	V	D																		
	Abuelo mat*	V	D																		
	Abuela pat*	V	D																		
	Abuelo pat*	V	D																		

Comentarios (incluya otros problemas médicos familiares): _____

*Mat = materno, parientes de parte de la madre *Pat = paterno, parientes de parte del padre

Abajo se pueden agregar otros antecedentes familiares, incluidos hermanos:

Relación con el NIÑO	Nombre	V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		

Entorno del hogar:

Número de personas en el hogar: _____

Vive con sus padres biológicos: _____

Hogar de acogida: _____

Cuidadores principales (marque con un círculo): _____

Guardería infantil (horas/día): _____

Tiempo con parientes (horas/día): _____

Mascotas: _____

Sí _____

No _____

Sí _____

No _____

Padres _____

Guardería infantil _____

Parientes _____

Otros: _____

Sí _____

No _____

Estado del padre/madre:

Estado civil del padre/madre _____

(marque con un círculo): _____

Casado(a) _____

Divorciado(a) _____

Soltero(a) _____

Otro _____

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____



Delegación de consentimiento

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Autorizo (cuando no estoy disponible para dar consentimiento) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

Nombre de la persona

Relación al niño(a)

dar su consentimiento a cualquier y todo cuidado médico y atención para este niño(a) que se considere necesario y apropiado por un profesional médico con licencia en el estado de Texas. Este consentimiento se incluye, pero no se limita a, la intervención médica y quirúrgica y atención electiva, así como la atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que yo retire la delegación de consentimiento.

Firma del Padre/Tutor/Paciente (si tiene 18 años o más) _____

Relación al Paciente _____

Fecha _____

Testigo _____

Traductor/Lector (si es aplicable) _____



Consentimiento para tratamiento

Acuse de recibo por escrito del aviso sobre practicas de privacidad del ALICE PEDIATRIC CLINIC

(Escriba su inicial)

Hago constar que he recibido del ALICE PEDIATRIC CLINIC (APC) el Aviso sobre Prácticas de Privacidad (el Aviso). Este Aviso explica cómo APC puede utilizar y divulgar la información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. Por "información médica protegida" se entiende la información médica personal sobre usted que se encuentra en sus expedientes médico y de cobranzas.

Si tiene preguntas sobre este Aviso, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad de APC. La información de contacto está incluida en el Aviso.

Consentimiento general para tratamiento

(Escriba su inicial)

Soy el padre/madre o tutor de (nombre del paciente) _____. Tengo derecho legal para dar consentimiento para que este paciente reciba tratamiento médico y quirúrgico. De manera voluntaria autorizo y doy consentimiento para la atención médica, tratamiento y pruebas diagnósticas que el Dr. _____ y sus asociados o asistentes designados consideren necesarios para este niño. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras, auxiliares médicos y otros proveedores de atención a la salud en esta sede para que proporcionen tratamiento a este niño siempre que el niño sea paciente de esta sede o hasta que yo retire mi consentimiento.

Consentimiento para divulgar y obtener información

(Escriba su inicial)

De conformidad con las leyes federales y estatales, acepto permitir que Pediátricos de Texas Children's brinde la atención necesaria a este niño a fin de suministrarle continuidad del cuidado y tratamiento. Pediátricos de Texas Children's y el proveedor del paciente pueden obtener de cualquier fuente y examinar y utilizar, o discutir y divulgar, el expediente médico y la información del paciente al personal tratante y agentes del hospital, otros proveedores de atención a la salud, auditores de expedientes médicos, comités profesionales, evaluadores de la atención médica y entidades gubernamentales. Esta información puede incluir, pero no se limita a: historia médica, exámenes, diagnósticos, tratamientos, cualquier información sobre pruebas psiquiátricas, de abuso de drogas o alcohol o genéticas, o información sobre VIH y sida. Este consentimiento para divulgar y obtener información estará vigente hasta que sea revocado. Quien suscribe puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en los casos de divulgación ya hecha de acuerdo con el consentimiento anterior.

(Escriba su inicial)

He leído este formulario o alguien me lo ha leído en un idioma que entiendo y he tenido oportunidad de hacer preguntas al respecto.

Prescripciones electrónicas (E-Prescribing)

(Escriba su inicial)

De forma voluntaria autorizo para que Pediátricos de ALICE PEDIATRIC CLINIC permita las prescripciones electrónicas para el surtido de medicamentos recetados del paciente, lo que permite que los proveedores de atención a la salud envíen las prescripciones electrónicamente a la farmacia de mi elección, revisen la información sobre beneficios de farmacia y la historia de surtido de medicamentos siempre que el niño sea paciente de esta sede, o hasta que yo retire mi consentimiento.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta) _____

Relación del representante del paciente _____

Firma del paciente o su representante _____

Fecha _____

Muchas gracias por escoger al grupo de pediatría ALICE PEDIATRIC CLINIC

September 2013

305 East Third Street Alice, TX 78332

POLIZA FINANCIERA

Nuestro objetivo en Alice Pediatric Clinic (APC) es brindarle atención médica de calidad y estamos a su disposición si desea información sobre nuestros honorarios. Es importante para nuestra relación profesional el que usted entienda claramente nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, nuestra política financiera o su responsabilidad, no dude en solicitar información.

PARA que podamos establecer su cuenta con APC:

- Entregue toda la información que sea necesaria para la facturación correcta de su reclamo, incluyendo su tarjeta de seguro médico, los datos de su empleador y la información demográfica.
- Efectúe todos los pagos colaterales, deducibles y servicios no cubiertos por su seguro médico el día en que se presten los servicios.
- Entregue a su compañía aseguradora y a APC toda información adicional que se le solicite, a fin de tramitar los reclamos presentados en su nombre.
- Autorice la entrega de la información que sea necesaria para el reclamo y la precertificación (firme al pie de esta hoja).

MENORES NO ACOMPAÑADOS

Los menores deberán contar con una autorización para recibir tratamiento médico firmada por uno de sus padres o por su tutor, y deberán suministrar los datos de un seguro médico vigente que los cubra o realizar el pago que corresponda al momento de recibir los servicios.

EN RELACIÓN CON DIVORCIO

APC no se involucra en conflictos entre padres divorciados con respecto a la responsabilidad financiera de los costos médicos de su niño. Firmando como garante abajo, estoy de acuerdo de ser financieramente responsable del cuidado que proporcionamos a su niño, sin importar si un decreto del divorcio u otros lugares del arreglo esa obligación en su ex-esposo/esposa.

SOBRE EL SEGURO MEDICO

Planes de seguro de indemnización y honorarios por servicio: Exigimos el pago del total adeudado al momento de prestarse el servicio. Se le entregará una copia de su estado de cuenta detallado para que pueda usted solicitar el reembolso de su compañía aseguradora. Si la compañía necesita una descripción más detallada de los servicios prestados, infórmele que debe solicitarla por escrito.

El seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Nosotros no somos parte de ese contrato. Con excepción de la entrega de datos concretos cuando sea necesario, no tomaremos parte en disputa alguna que se suscite entre usted y su compañía aseguradora con respecto a deducibles, cargos no cubiertos, el seguro colateral un seguro secundario, la coordinación de beneficios, las enfermedades preexistentes o la determinación de si un cargo es <<razonable y acostumbrado>>. Usted es responsable del pago de su cuenta a su vencimiento.

Yo tengo _____ no tengo _____ Medicaid (Por Favor Inicial La Respuesta)

PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (HMO, PPO, POS y EPO)

Cada vez que solicite una cita con un médico de APC, es responsabilidad suya determinar si éste participa actualmente en su plan. Se exige la verificación de su cobertura y beneficios. Para ello, a menudo es necesario que informemos a su plan de atención médica administrada el motivo de su visita. Recuerde que deberá mostrar una tarjeta vigente de seguro médico en cada visita.

Si se le remite a un especialista o usted decide que necesita consultar a uno, es posible que su plan de seguro exija una autorización de su médico de atención primaria. Es responsabilidad de usted tener en cuenta las fechas de vencimiento y notificar al consultorio de su médico, con un mínimo de 48 horas de anticipación, antes de consultar a un especialista. Es posible que ningún plan de asistencia médica administrada acepte autorizaciones retroactivas. Por lo tanto, si no obtiene la autorización correspondiente, es posible que usted sea responsable del pago del total adeudado al consultorio del especialista.

- He leído y entiendo los términos y condiciones arriba mencionadas y mi firma así lo confirma.
- Cesión: Por el presente autorizo el pago directamente a APC o a mi médico. Todo cambio a esta autorización deberá recibirse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de puesta en vigor.
- En el acontecimiento mi compañía de seguros juzga un servicio para ser "no cubierto" yo entiendo que soy personalmente responsable del pago.
- Autorizo la entrega de toda información médica, incluyendo los resultados de análisis de VIH y la información financiera que sea necesaria para tramitar este reclamo y todo reclamo futuro, a mi compañía aseguradora o a la parte responsable del pago de beneficios médicos que yo designe oportunamente, por un plazo indeterminado o hasta que yo presente una revocación escrita de la presente autorización. Todo cambio a la presente autorización deberá recibirse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de puesta en vigor.

Firma del garante: _____ **Fecha firmado:** _____

Fecha de nacimiento del garante: _____

Nombre en letra de molde: _____ **Parentesco al Paciente:** _____

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

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED, Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLA DETENIDAMENTE.

Propósito

Alice Pediatric Clinic (APC), así como su personal profesional, empleados y personal médico, se adhieren a las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso. Este Aviso, el cual fue preparado para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA" por sus siglas en inglés), describe en general las diferentes maneras en que su información médica protegida ("PHI" por sus siglas en inglés) puede ser utilizada y divulgada para que APC pueda proporcionarle tratamiento médico, cobrar el pago por los servicios que usted recibió por parte de APC y facilitar las operaciones de cuidados de la salud de APC. HIPAA define la información médica protegida (PHI según sus siglas en inglés) como la información médica personal, incluyendo la información genética, que se encuentra en sus expedientes médico y de facturación, y que está relacionada con sus condiciones de salud física o mental, actual o pasada, o las provisiones de pago para los servicios obtenidos relacionados con dichas condiciones de salud. Esto puede incluir información creada o recibida por los profesionales de la salud, aseguradores y/o su empleador durante el curso del tratamiento, de las actividades financieras o de atención médica.

Sus derechos de información sobre la salud

Usted cuenta con los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida (según sus siglas en inglés) Los formularios están disponibles en nuestro sitio en Internet, <http://www.alicepediatric.com>, o llamando a la Oficina de Privacidad de APC al teléfono (361)664-9353.

- **Copia de este Aviso.** Usted puede obtener una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, aún cuando se le haya proporcionado una copia electrónica. Para obtener una copia de este Aviso, usted no tendrá que presentar una solicitud por escrito. Las copias en papel de este Aviso pueden obtenerse en cualquier mostrador de registro o admisiones. Usted puede obtener una copia electrónica de este Aviso en nuestro sitio de Internet: <http://www.alicepediatric.com>.
- **Inspeccionar y copiar.** Usted puede inspeccionar y/o recibir una copia de su información médica protegida (según sus siglas en inglés) que mantiene APC. Es posible que APC le cobre una módica cuota por copiar su información. Deberá presentar por escrito la solicitud.
- **Solicitar una enmienda.** Si considera que su información médica protegida (según sus siglas en inglés) que APC mantiene está incompleta o incorrecta, Usted puede solicitar que se haga una enmienda a su información. APC no está obligado a aceptar su solicitud. Esta solicitud deberá presentarse por escrito y usted deberá proporcionar una razón para la solicitud.
- **Solicitud de restricción.** Usted puede solicitar que haya límites a la manera en que APC utiliza y/o divulga su información médica protegida (según sus siglas en inglés). Si usted o alguna persona ajena a su plan de salud liquida personalmente o en su representación un artículo o servicio, usted tendrá el derecho a solicitar que APC no divulgue ninguna información a su plan de salud sobre dicho artículo o servicio. APC está obligado a aceptar dicha solicitud siempre y cuando usted ya haya liquidado por completo dicho artículo o servicio. , APC no está obligado a acceder a su solicitud, a no ser que se indique lo contrario. Si APC accede, APC cumplirá con su solicitud, excepto en el caso de que sea necesaria la divulgación o el uso de dicha información para poder proporcionarle tratamiento de emergencia o si así lo indicara la ley.
- **Recibir comunicaciones confidenciales.** Usted puede solicitar que las comunicaciones de APC relacionadas con su información médica protegida (según sus siglas en inglés) le sean proporcionadas de manera o en lugar determinados. Por ejemplo, es posible que prefiera recibir la correspondencia sobre su información médica protegida (según sus siglas en inglés) en un domicilio diferente al domicilio donde normalmente recibe su correspondencia. Deberá especificar cómo y dónde desea ser contactado. Deberá presentar por escrito la solicitud.
- **Reporte de divulgaciones.** Usted puede solicitar una lista de divulgaciones realizadas por APC, sobre su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a personas o entidades para propósitos que no estén relacionados con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o de acuerdo con su autorización específica. Esta lista incluirá cada divulgación que APC haya efectuado durante los últimos seis (6) años, a menos que usted solicite un periodo más corto. Si usted presenta más de una solicitud en un periodo de 12 meses, es posible que APC le cobre una módica cuota .

Responsabilidades de ALICE PEDIATRIC CLINIC

La ley obliga a APC a asegurar la privacidad de su información médica protegida (según sus siglas en inglés) de acuerdo con las leyes federales y estatales, así como a proporcionarle un aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de APC en relación con su información médica protegida (según sus siglas en inglés). APC le notificará si hay alguna violación a su información médica protegida (según sus siglas en inglés) no asegurada. APC debe acatar las condiciones de este Aviso mientras el mismo se encuentre en efecto. Si APC enmienda este Aviso, APC seguirá las condiciones del Aviso enmendado mientras éste se encuentre vigente.

Uso y divulgación de su información médica protegida (según sus siglas en inglés)

A continuación presentamos una lista de las diferentes maneras en que APC puede utilizar y divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés). No se ha podido incluir cada uso o divulgación posible en cada sección; sin embargo, todas las formas en las que APC tiene permitido utilizar o divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) se incluirán en alguna de las secciones que aparecen resaltadas a continuación. Su información médica protegida (según sus siglas en inglés) podrá ser divulgada electrónicamente.

- **Tratamiento.** APC podrá utilizar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y otros miembros de su equipo de atención médica en APC para mantenerles informados sobre su condición o cuidados, conforme se considere necesario. Por ejemplo, si un médico le está tratando por diabetes, es posible que necesite decirle a un dietista que usted tiene diabetes para que reciba los alimentos adecuados. APC también podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a personas fuera de APC que puedan estar involucradas en su atención médica, tales como los profesionales de la salud que le estarán atendiendo después de su hospitalización, organizaciones de terapia física, proveedores de equipo médico, laboratorios o farmacias (de manera verbal o electrónica).
- **Pago.** APC podrá utilizar y divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para obtener pago por parte de su empresa de seguros o de terceros. Por ejemplo, es posible que APC tenga que proporcionar información sobre el tratamiento que recibió usted para una infección de oídos a fin de que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted. APC también podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a otros profesionales de la salud para obtener pago de su seguro o de terceras personas.
- **Operaciones sobre cuidado de la salud.** APC podrá utilizar y divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para operaciones rutinarias de atención médica. Las operaciones de atención médica de APC incluyen, entre otras, programas de capacitación y educación; revisión de calidad de atención proporcionada por profesionales de la salud; obtención de seguro de gastos médicos o seguro de responsabilidad del empleador; realizar servicios legales y de auditoría; llevar a cabo actividades de planeación y desarrollo de negocios; realizar actividades de minimización de riesgos e investigaciones; y manejo de las actividades empresariales y administrativas en general de APC. APC también podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a sus otros profesionales de la salud para asistirles en sus operaciones de atención médica.
- **Citas y alternativas.** APC podrá utilizar y divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a fin de ponerse en contacto con usted para recordatorios de citas, recordatorios de surtido de medicinas, información sobre el control de enfermedades o programas de bienestar, y cualquier otro tipo de comunicación relacionada con el manejo de su caso o la coordinación de su cuidado de salud.
- **Asociados comerciales.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a los asociados comerciales de APC con el fin de llevar a cabo el tratamiento, los pagos y otras operaciones de atención médica.
- **Médicos forenses, investigadores y directores de funerarias.** APC podrá divulgar información médica protegida (según sus siglas en inglés) al investigador o médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa del fallecimiento, o si de otra manera lo permite la ley. APC también podrá divulgar la información médica protegida (según sus siglas en inglés) de los pacientes de APC a directores de funerarias conforme sea necesario para que cumplan con sus deberes.
- **Reformatorios o instituciones correccionales.** Si usted es recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a la institución correccional o al oficial de la ley para que se le proporcione a usted con atención médica, para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional o del oficial de la ley.
- **Funciones esenciales del gobierno.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para las funciones esenciales del gobierno, como la realización de actividades de inteligencia y seguridad nacional que estén autorizadas por la ley o para brindar servicios de protección al Presidente y a otras personas.
- **Planes de salud para grupos.** APC mantiene un plan de salud para grupos para sus empleados y podrá divulgar la información médica protegida (según sus siglas en inglés) de individuos cubiertos por este plan, al patrocinador del plan de salud para grupo, hasta donde lo permita la ley.
- **Actividades de descuido médico.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a una agencia o entidad de descuidos médicos, para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** APC podrá utilizar y divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle a usted. APC también podrá utilizar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para otorgarle un regalo promocional de valor nominal.

- **Individuos que participan en su cuidado o en los pagos de su cuidado.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a algún miembro de su familia, otro pariente o amigo personal que participe en su atención médica, o a alguien que ayude a pagar por su cuidado médico, si la información médica protegida (según sus siglas en inglés) es relevante a la participación de dicha persona en sus cuidados, a menos que usted nos indique lo contrario.

Aplicación de la ley. APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para propósitos de aplicación de las leyes, tal como la ley lo requiere o en respuesta a un citatorio válido.

- **Demandas y disputas.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) como respuesta a una orden judicial o administrativa. Además, APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) como respuesta a un citatorio válido, una solicitud de descubrimiento legal o para otro proceso legal, siempre y cuando se hayan realizado todos los esfuerzos para informarle a usted acerca de dicha solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada, tal como lo requiera la ley.
- **Requisitos legales.** APC podrá utilizar y/o divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) cuando así lo exijan las leyes federales, estatales y/o locales.
- **Conjunto de datos limitados.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) como parte de un conjunto de datos limitados después de eliminar ciertos identificadores directos y específicos de las personas y sus parientes, familiares y empleadores. APC podrá utilizar o divulgar el conjunto de datos limitados para fines de investigación, operaciones de atención a la salud y salud pública. APC deberá firmar un acuerdo de uso de datos donde se comprometa a salvaguardar información médica protegida dentro del conjunto de datos limitados.
- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de un servicio militar extranjero, APC podrá utilizar y/o divulgar su información médica protegida (PHI según sus siglas en inglés) cuando así lo exijan las autoridades de mando militar de los Estados Unidos o la autoridad de mando militar extranjera correspondiente.
- **Donación de órganos y tejidos.** APC podrá divulgar información médica protegida (PHI según sus siglas en inglés) a organizaciones que manejan la procura de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Actividades de salud pública.** Tal como lo requiera la ley, APC podrá divulgar su información médica protegida (PHI según sus siglas en inglés) para actividades de salud pública que incluyan, entre otras, la prevención de enfermedades, lesiones o incapacidades; reporte de nacimientos y muertes; reporte de maltrato o negligencia infantil; reporte de reacciones a medicamentos o problemas con productos; aviso sobre retiro de productos del mercado; control de enfermedades infecciosas; aviso a autoridades gubernamentales sobre sospechas de maltrato, negligencia o violencia doméstica. APC podrá divulgar porciones de su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a programas de registro local, estatal y/o federal, como sea requerido.
- **Investigación.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada en cumplimiento con los reglamentos de HIPAA y los protocolos para asegurar la privacidad de su información médica protegida (según sus siglas en inglés).
- **Escuelas (incluyendo guarderías, programas para la primera infancia y escuelas primarias y secundarias).** APC podrá divulgar sus registros de vacunación a una escuela si las leyes exigen que la escuela tenga un comprobante de vacunación antes de la admisión del alumno y usted o su representante autorizado aceptan verbalmente la divulgación.
- **Amenaza seria a la salud o la seguridad.** APC podrá utilizar o divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) cuando APC lo considere necesario para evitar una amenaza seria a su salud y seguridad o para la salud y la seguridad del público o alguna otra persona.
- **Compensación para Trabajadores.** APC podrá divulgar su información médica protegida (según sus siglas en inglés) al programa de compensación para trabajadores o programas similares, hasta el punto necesario en el que se cumpla con las leyes relacionadas a los programas de compensación para los trabajadores o similares.

Autorización escrita

Excepto como arriba se describe, APC no utilizará ni divulgará su información médica protegida (según sus siglas en inglés) a menos que usted autorice a APC a realizarlo por medio de una autorización válida y por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia, las cuales se conservan separadamente del resto de su expediente médico, serán sólo con su autorización escrita. APC no utilizará ni divulgará su información médica protegida (según sus siglas en inglés) para fines de comercialización, incluyendo correspondencia sobre tratamientos subsidiados, sin una autorización escrita. APC tampoco venderá su información médica protegida (según sus siglas en inglés) sin una autorización escrita. Si desea revocar una autorización previa, deberá hacerlo por escrito. Una revocación por escrito no aplicará a ningún uso o divulgación de información médica protegida (según sus siglas en inglés) previamente hecha de buena fe y bajo una autorización anterior.

Podrá encontrar el formulario de Autorización y el formulario de Revocación de Autorización en nuestro sitio de Internet, <http://www.alicepediatric.com> o contactándose con la Oficina de Privacidad de APC al teléfono (361) 664-9353.

Cambios a este Aviso

APC se reserva el derecho a cambiar este Aviso y a hacer entrar en vigor el Aviso revisado para la información médica protegida (según sus siglas en inglés) que APC ya tiene de usted, así como para la información que APC reciba en el futuro. Una copia del Aviso vigente, o un resumen del Aviso vigente, se anunciarán en todas las áreas de servicio al paciente del APC, así como en nuestro sitio en Internet: <http://www.alicepediatric.com>. La fecha de validez del Aviso aparecerá en la primera página del Aviso o resumen. Además, cada vez que usted se registre o sea internado en cualquier entidad de APC para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente interno o externo, APC le proporcionará, a petición suya, una copia del Aviso actual vigente.

Reclamos

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá presentar un reclamo con la Oficina de Representantes de Familias de APC al teléfono (361) 664-9353. Asimismo, puede dirigir sus reclamos al Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. *Usted no recibirá ninguna penalización ni ningún tipo de represalia por presentar un reclamo.* Es posible que APC no le pida que renuncie a su derecho de presentar un reclamo, como condición para recibir tratamiento, pago o inscripción en algún plan de salud, o para fines de elegibilidad de beneficios.

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o sobre sus derechos de privacidad, o si desea obtener un formulario para ejercer sus derechos como arriba se describe, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad de APC al teléfono (361) 664-9353.