



ST. MARY'S

ATENCIÓN DENTAL MÓVIL PARA NIÑOS (1 a 18 años)

Consultorio: (812) 485-5843

El servicio de atención dental móvil para niños de St. Mary's les brinda facilidades a las familias para mantener a sus hijos con una sonrisa saludable e iluminada, mediante la atención dental de prevención y restauración. Nuestro equipo dental amigable y capacitado lleva nuestro bus dental móvil equipado completamente o los equipos dentales portátiles a las escuelas y los centros comunitarios. Hemos proporcionado atención y educación dental durante 12 años y hemos tratado a más de 10,000 niños en Vanderburgh, Warrick y los condados adyacentes. Cuando visitamos la escuela de su hijo, trabajamos de cerca con las enfermeras, los coordinadores y administradores de esta.

¿QUÉ?

Brindamos atención dental de servicio completo todo el año: controles, limpiezas, tratamientos con flúor, radiografías, selladores, tratamientos de restauración y educación de salud.

¿CÓMO?

*Los formularios dentales se envían a casa por medio de la escuela. Cuando lo complete y lo devuelva a la escuela, revisaremos todos los formularios y lo llamaremos por cualquier duda.

*Programaremos a su hijo para nuestra próxima visita a su escuela (si cumple los requisitos para el tratamiento).

*El tratamiento es proporcionado en el bus dental o el equipo portátil en la escuela.

*Todos los niños tratados son enviados a casa con formulario dentales que explican el tratamiento recibido ese día, y si se necesitan tratamientos adicionales.

*El tratamiento adicional se puede completar durante nuestra próxima visita a la escuela de su hijo. Sin embargo, algunas necesidades de tratamiento pueden requerir múltiples citas o que se derive a un socio dental de determinada especialidad (toda la información será incluida en los formularios).

¿QUIÉN?

Todos los niños y jóvenes entre 1 y 18 años de edad son bienvenidos. Aceptamos IN Hoosier Healthwise (Medicaid), seguro dental comercial y pago privado. Si su hijo no tiene seguro dental, **podemos ayudarlo**.

Ofrecemos asistencia con la inscripción a Hoosier Healthwise y, si lo solicita, puede haber ayuda financiera disponible.

¿POR QUÉ?

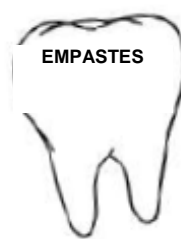
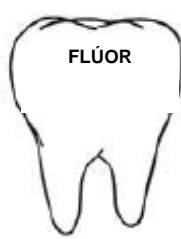
*Todos los niños se merecen tener acceso a atención dental para mantener una sonrisa saludable.

*Ayudamos a eliminar las barreras del acceso a la atención, como el transporte, tiempo fuera del trabajo, las barreras del idioma o los horarios agitados.

*Los niños que reciben atención dental de rutina son menos propensos a faltar a la escuela por dolores relacionados con la dentadura, o a necesitar muchas citas con el dentista.

Tenga presente que uno de los padres o el tutor legales, o el padre sustituto debe completar, firmar y fechar todos los formularios adjuntos.

Se devolverán los formularios incompletos para que sean completados, lo que podría retrasar el tratamiento. Si usted **NO QUIERE** que vean a su hijo o si actualmente tiene un dentista, **DETÉNGASE** e ignore este paquete. Se aceptan pacientes nuevos todo el año y los paquetes se pueden obtener a través de la escuela o un llamado a nuestro consultorio.





ST. MARY'S ATENCIÓN DENTAL MÓVIL PARA NIÑOS (1 a 18 años)

Consultorio: (812)485-5843 Bus móvil: (812)431-5070

For Office use only
Chart #:
RC Due:
HAA/Date:

ANTECEDENTES ESCOLARES: GRADO ¿Asiste después de la escuela? Sí No

INFORMACIÓN DEL PACIENTE LEGALES, o por el padre sustituto** **El formulario debe ser completado por uno de los padres o el tutor

Nombre del niño Nombre de preferencia: Sexo: Masculino Femenino
Fecha de nacimiento Nombre Apellido Edad N.º del Seguro Social
Dirección particular
Calle Ciudad Estado Código postal
Hermanos con nombre y apellido:

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Nombre del padre Nombre de la madre
Dirección (si es diferente a la del paciente)
N.º de teléfono particular Teléfono celular
Empleador Teléfono del trabajo
N.º del Seguro Social Fecha de nacimiento

CONTACTO DE EMERGENCIA (en caso de que no podamos comunicarnos con usted, proporciónenos un contacto alternativo)

Nombre Relación Teléfono
Nombre Relación Teléfono

Información sobre el seguro dental OBLIGATORIA

¿Tiene su hijo Hoosier Healthwise? Si No Si la respuesta es sí, proporcione el n.º de identificación del paciente

Seguro comercial:

Titular o suscriptor de la póliza Nombre del plan Empleador
N.º del Seguro Social o de identificación de la póliza Fecha de nacimiento Número de grupo
Dirección de la compañía de seguros Ciudad Estado Código postal
Teléfono del seguro dental

★ Si su hijo no está cubierto por el seguro dental, elija las siguientes opciones:

Inscribirse en Hoosier Healthwise Pago particular Llamar para obtener más información

ANTECEDENTES DENTALES (si su hijo será visto en nuestro bus dental, asegúrese de que NO esté viendo a otro dentista actualmente)

¿Ha visto su hijo a un dentista los últimos 12 meses? Si No Nombre del dentista Última consulta:
¿Se ha quejado su hijo de problemas dentales? Si No Si la respuesta es sí, explique:
¿Tiene algún hábito bucal: chuparse el dedo, morderse las uñas, respirar por la boca, chupones, dormir con un biberón, etc.? Si No
Si la respuesta es Sí, explique:

ANTECEDENTES MÉDICOS

★¿Le ha informado un médico a su hijo que necesita ser PREMEDICADO antes del tratamiento dental, debido a un soplo cardíaco u otra enfermedad?
Si No Si la respuesta es sí, explique:

★Si la respuesta es sí, proporcione la información del médico tratante: Nombre: Teléfono:

Para uso interno del personal (notas clínicas)

No podremos ver a su hijo a menos que se completen, firmen y fechen ambos lados de este formulario y el formulario blanco.

Continuación del resumen médico

Médico del niño _____ Ciudad/Estado _____ Teléfono _____

¿Está el paciente bajo el cuidado de un médico actualmente? Sí No ¿Ha estado hospitalizado? Sí No

Si la respuesta es sí, explique _____

Si la respuesta es sí, ¿por qué? _____

¿Está tomando el niño algún medicamento? Sí No

¿Se ha hecho una cirugía alguna vez? Sí No

Lista de medicamentos actuales (incluidos los de venta sin receta médica o a base de hierbas) _____
Si la respuesta es sí, ¿por qué? _____

Alergias (marque todas las que correspondan) Látex Medicamentos Alimentos Alergias ambientales Otra

Describala: _____

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN ANTECEDENTE DE O DIFICULTAD CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES? SI LA RESPUESTA ES SÍ, ENCIERRE EN UN CÍRCULO

VIH/SIDA	Parálisis cerebral.	Diabetes	Hemofilia	Embarazo
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	Enfermedades crónicas	Abuso de drogas o alcohol	Hepatitis	Atención psiquiátrica o psicológica
Anemia	Trastornos cognitivos	Trastornos emocionales	Reemplazo de articulaciones	Fiebre reumática
Asma	Trastornos de la comunicación	Episodios de desmayos o mareos	Enfermedad renal	Convulsiones
Trastornos del comportamiento	Convulsiones	Problemas auditivos	Anemia drepanocítica	Tuberculosis
Transfusión de sangre	Depresión	Soplo cardíaco	Trastornos mentales	Problemas de la vista
Cáncer	Discapacidad del desarrollo	Problemas cardíacos	Problemas de la movilidad	

Otro _____

Explicación de necesidades especiales _____

AUTORIZACIÓN

He revisado esta información del paciente y respondido las preguntas con exactitud, a mi entender; comprendo que el dentista usará las respuestas que he proporcionado para determinar un tratamiento dental adecuado para mi hijo, y acepto notificar al dentista si ocurre algún cambio en el estado de salud de mi hijo. Comprendo que St. Mary's debe colaborar en algunas ocasiones con otros establecimientos externos para coordinar el tratamiento y, por la presente, autorizo la divulgación de información a estos establecimientos cuando sea necesario para el tratamiento de mi hijo. Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario para mi hijo. También autorizo al dentista para que divulgue toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o grupo de dentistas los beneficios del seguro, de otra manera pagaderos a mí. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones del seguro. Comprendo que St Mary's coordina las citas dentales para mi hijo con la entidad y el personal de la escuela, y autorizo a que mi hijo sea atendido en el bus dental durante el horario de clases o fuera de este sin mi presencia. Comprendo que se requiere que esta información dental se actualice anualmente y que este formulario vencerá en un año desde la fecha que firmo a continuación, en el que se debe completar un nuevo formulario para que mi hijo reciba el tratamiento dental de parte de la Atención dental móvil para niños de St. Mary's.

X _____ Fecha _____

Firma del padre, la madre o el tutor

For Staff Use Only

Reviewed By (please initial and date):

Office _____ Date _____

Driver _____ Date _____

Clinical _____ Date _____

Verbal Consent given by (parent/guardian name): _____

Staff Initials _____

Staff Initials _____

Date _____

Consentimiento para ingreso al hospital, tratamiento médico, divulgación de información y descargo de responsabilidad

Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____

- Yo (nosotros), el suscrito (los suscritos), voluntariamente doy (damos) consentimiento para los procedimientos de diagnóstico ambulatorios o de hospitalización, y para la atención y el tratamiento médico o quirúrgico según lo indicó el médico autorizado tratante o que realiza el ingreso, y bajo su supervisión, o cualquiera a quien él designe, que esté acreditado para ingresar y tratar pacientes en St. Mary's Medical Center (SMMC).
- Tengo (tenemos) conciencia de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco (reconocemos) que no se me (nos) ha otorgado ninguna garantía ni seguridad en relación con los resultados que se pueden obtener de los tratamientos o exámenes realizados en el hospital.
- Reconozco (reconocemos) que SMCC of Evansville, Inc., no asume ninguna responsabilidad en cuanto a la pérdida o daño de las pertenencias personales que se mantienen en la habitación del paciente. Reconozco (reconocemos), además que, aunque hay una caja fuerte disponible para guardar el dinero y los objetos de valor del paciente, SMCC of Evansville, Inc., no asume ninguna responsabilidad en cuanto a ninguna pertenencia depositada en ella.
- Doy (damos) consentimiento para permitir que estudiantes de programas formales de educación de profesiones relacionadas con la atención de salud participen en mi atención, o la del paciente, bajo la supervisión de miembros adecuadamente acreditados y autorizados de dichas disciplinas.
- Si corresponde, autorizo (autorizamos) que los patólogos de SMCC usen su criterio para la eliminación de cualquier muestra o tejido que se obtenga de mí, o del paciente, en el transcurso del diagnóstico o tratamiento.
- Comprendo (comprendemos) que algunas compañías de seguros exigen una autorización previa para hospitalizaciones, servicios ambulatorios o procedimientos específicos, y que posiblemente no se reciba el reembolso máximo si se exige la autorización y no la tengo (tenemos). Asumo (asumimos) la responsabilidad de obtener dicha autorización si es necesario y comprendo (comprendemos) que SMCC no puede obtener dicha autorización por mí (nosotros).
- Cedo (cedemos) todos los beneficios del seguro que me (nos) correspondan o reciba (recibamos) a SMCC of Evansville, Inc., o a los médicos involucrados en mi atención, o la del paciente, lo que incluye a las personas que se desempeñan en servicios de radiografías, servicios de anestesia, servicios de patología, servicios de urgencia u otros servicios similares, como pago total o parcial por los servicios brindados. Comprendo (comprendemos) que esta cesión posiblemente no constituya el pago completo de mi factura, o la del paciente, y no me (nos) libera de responsabilidad por el saldo no pagado. Si los beneficios del seguro a los que tengo, o el paciente tiene, derecho me (nos) los pagan directamente a mí (nosotros), entregaré (entregaremos) tales beneficios inmediatamente después de recibirlos a SMCC (o al médico que corresponda) hasta que la cantidad completa de todos los cargos se pague en su totalidad. Acepto (aceptamos) pagar directamente a SMCC, o a dichos médicos, los cargos incurridos por los servicios recibidos, según sus tarifas establecidas. Pagaré (pagaremos) todos los honorarios de abogados y gastos judiciales en los que incurra SMCC, o dichos médicos, para cobrar los saldos no pagados por los servicios que recibí, o recibió el paciente.
- Reconozco (reconocemos) que recibí (recibimos) información por escrito sobre los Derechos del paciente que protege St. Mary's Medical Center e información por escrito sobre la ley del estado de Indiana relacionada con las instrucciones anticipadas, que me da, o da al paciente, el derecho de elegir con anticipación cosas como un testamento vital, la asignación de un representante de atención de salud o un poder para atención de salud. Además, en el caso de que yo, o el paciente, haya redactado una instrucción anticipada válida, entregaré una copia de este documento al momento del ingreso.
- Comprendo que puedo solicitar revisar mi historia clínica durante el transcurso de esta hospitalización.
- Si corresponde, autorizo (autorizamos) el parto, la atención y el tratamiento tanto de la madre como del recién nacido, según lo explicaron los médicos designados. Doy (damos) consentimiento para la realización de cualquier otro procedimiento considerado necesario por el médico según los hallazgos que se hagan durante el transcurso de la atención y del tratamiento de la madre o del bebé. Comprendo (comprendemos) que doy (damos) consentimiento no solo para la atención de la madre, sino también para la atención del recién nacido.
- EXPOSICIÓN ACCIDENTAL DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DE SALUD:** En el transcurso de la atención y el tratamiento en el hospital, los médicos, las enfermeras y otros miembros del personal de atención de salud pueden exponerse de manera accidental a sangre y líquidos corporales del paciente (a través de los pinchazos de agujas, salpicaduras de sangre, etc.). Se sabe que las enfermedades transmisibles, como la hepatitis B, C, el virus del VIH, entre otras, se transmiten a través de exposiciones de este tipo. Autorizo (autorizamos) la realización de exámenes, como del VIH y la hepatitis B y C, si un trabajador de la salud se expone accidentalmente a mi sangre o líquidos corporales. Comprendo (comprendemos) que si se necesitan exámenes, se realizarán sin costo para mí (nosotros). Un médico independiente autorizado se comunicará conmigo (con nosotros) si los resultados indican estas enfermedades.
- Comprendo (comprendemos) que SMCC puede compartir mi información médica, o la del paciente, para fines de investigación bajo circunstancias limitadas y sujeto a un proceso especial de aprobación. Este proceso revisa los proyectos de investigación y su uso de la información médica.
- Comprendo (comprendemos) que SMCC participa en un intercambio electrónico de información de salud que facilita el acceso a la información médica por parte de otros proveedores y que dicho intercambio permite que mi información médica, o la del paciente, esté disponible de manera electrónica para aquellas personas que necesitan tratarme a mí, o al paciente.

14. **Condición independiente de los médicos:** Comprendo (comprendemos) que algunos médicos, o todos, que me (nos) proporcionan servicios mientras estoy (estamos) en St. Mary's Medical Center son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de St. Mary. St. Mary da consentimiento para que los médicos o grupos contratados de manera independiente realicen servicios específicos para los pacientes, como servicios de radiología, medicina de urgencia y de anestesia, entre otros. Aquellos médicos no son empleados de St. Mary. Más bien, son profesionales médicos independientes que se han ganado el privilegio de usar los establecimientos de St. Mary para mi (nuestra) atención y tratamiento. Puedo (podemos) esperar recibir una factura aparte de estos médicos o grupos de médicos.

He leído este párrafo.

Iniciales

El aviso de prácticas de privacidad de St. Mary's Medical Center proporciona información sobre la manera en que mi información de salud protegida (o del paciente) se puede usar y divulgar. Mediante la firma de este formulario, reconozco que se me (nos) ha ofrecido o he (hemos) recibido el aviso de prácticas de privacidad de St. Mary's Medical Center.

**NO FIRME ESTE FORMULARIO HASTA QUE LO HAYA LEÍDO COMPLETO Y COMPRENDA SU CONTENIDO.
HAGA PREGUNTAS SI NO ESTÁ SEGURO DE ALGUNA COSA QUE APAREZCA EN ESTE FORMULARIO.**

Si firma una persona distinta al paciente, marque la casilla correspondiente e indique por qué el paciente no puede dar su propio consentimiento:

Edad del paciente (menor de edad)

Enfermedad

Testigo

Paciente, pariente más cercano o tutor legal

Fecha y hora





AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA,
Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA.
LÉALO CON ATENCIÓN

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Entendemos que su información médica es personal, por lo que nos hemos comprometido a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en el hospital. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención en el hospital.

Este aviso señala las formas en que podemos usar y divulgar su información. También explica sus derechos y ciertos deberes que tenemos con respecto al uso de su información médica.

Por ley, estamos obligados a lo siguiente:

- Asegurarnos de mantener bajo reserva la información médica que lo identifique.
- Entregarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica.
- Cumplir los términos del aviso actualmente en vigencia.

MANERAS EN QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Existen muchas formas distintas en que podemos usar la información médica. Para cada tipo de uso o de divulgación explicaremos qué significa y trataremos de darle algunos ejemplos. No se incluirán en la lista todos los usos. Sin embargo, todas las formas en las que se nos permite usar y divulgar la información se pueden clasificar dentro de una de las categorías.

- **Para tratamiento.** Es posible que usemos y divulguemos su información médica para prestarle servicios o tratamiento médico. Podemos divulgar la información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participe en su atención en el hospital. Por ejemplo, el médico que lo trata por una pierna fracturada puede necesitar saber si usted sufre de diabetes, puesto que esta podría retardar el proceso de consolidación. Adicionalmente, diferentes departamentos del hospital podrían compartir su información médica con el objeto de coordinar las distintas cosas que usted necesita, tales como recetas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar su información médica a personas externas al hospital que puedan participar en su atención médica luego de que usted deje el recinto, tales como organismos de atención médica domiciliaria o de tratamiento de enfermedades agudas, miembros de la familia, clero u otros que brindan servicios que son parte de su atención. Además, participamos en un intercambio electrónico de información de salud que facilita el acceso a la información médica por parte de otros proveedores que le brindan atención. Por ejemplo, si usted ingresa por una urgencia a otro hospital que participa en el intercambio de información de salud, dicho intercambio permitirá que su información médica esté disponible de manera electrónica para aquellas personas que necesiten tratarlo en el hospital.
- **Para pagos.** Podemos usar y divulgar su información médica de manera que el tratamiento y los servicios que usted recibe en el hospital puedan ser facturados y se pueda recibir pago de usted, de una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, es posible que debamos entregar a su plan de salud información acerca de una cirugía a la cual fue sometido en el hospital para que este nos pague o le reembolse a usted por dicha cirugía. Es posible que también informemos a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- **Para operaciones de atención de salud.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de atención de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para dirigir las operaciones de St. Mary's Medical Center, para asegurarnos que usted reciba atención médica competente y de calidad y para mantener y mejorar la calidad de la atención médica que proporcionamos. También podemos proporcionar su información de salud a distintas entidades gubernamentales o de acreditación, como el Comité Conjunto de Acreditación de Organizaciones de Servicios en el Campo de la Salud (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*), a fin de mantener nuestra licencia y acreditación. También podemos divulgar su información médica a otro proveedor de servicios de salud o pagador para ciertas actividades operativas de la atención de salud de esa entidad, si esta también tiene relación con usted. Además, podemos divulgar su información médica a cualquiera de las entidades incluidas en el convenio de atención de salud organizada de St. Mary's Medical Center a efectos de las operaciones de atención de salud del convenio de atención de salud organizada. Por ejemplo, podemos combinar la información médica de muchos pacientes del hospital para decidir acerca de los servicios adicionales que el hospital debe ofrecer, qué servicios no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar la información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes en capacitación y otro tipo de personal del hospital con el fin de que la estudien y aprendan de esta.
- **Conjunto de datos limitados.** Podemos usar o divulgar ciertas partes de su información médica, llamada "conjunto de datos limitados" para propósitos de investigación, por razones de salud pública o para nuestras operaciones de atención de salud. Divulgaríamos un conjunto de datos limitado solo a terceras partes que nos hayan asegurado satisfactoriamente que usarán o divulgarán su información médica solo con fines limitados.

- **Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en el hospital, o como seguimiento. Por ejemplo, luego de que haya sido dado de alta de nuestra instalación, nos comunicaremos con usted para saber cómo se encuentra.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas al tratamiento que pudieran ser de su interés.
- **Servicios y beneficios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud que pudieran ser de su interés.
- **Actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted en un esfuerzo por recaudar dinero para el hospital y sus operaciones. Podemos divulgar información médica a una fundación relacionada con el hospital, de manera que pueda comunicarse con usted para propósitos de recaudar dinero para el hospital. Solo daremos a conocer información de contacto, como su nombre, dirección, y número de teléfono así como las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el hospital. Si no desea que el hospital lo contacte en sus esfuerzos por recaudar fondos, usted debe notificarnos por escrito a la siguiente dirección. Executive Director, Foundation, 3700 Washington Avenue, Evansville, IN, 47750.
- **Directorio del hospital.** Es posible que incluyamos en el directorio del hospital cierta información limitada acerca de usted mientras sea un paciente del hospital. Esta información podría incluir su nombre, ubicación en el hospital, su estado general de salud (por ejemplo, en buen estado, estable, etc.) y su religión. La información del directorio, excepto la religión a la que pertenece, también se puede entregar a personas que pregunten por usted por su nombre. Podemos divulgar su religión a miembros del clero, como un sacerdote o un rabino, incluso si no preguntan por su nombre. Si no desea que se entregue su información del directorio, notifíquenos al momento de su ingreso.
- **Personas que participan en su atención o en el pago de ella.** Podemos divulgar su información médica a un amigo o miembro de la familia que participe en su atención médica. También podemos entregarle información a la persona que ayuda a pagar su atención. Asimismo, es posible que les informemos de su afección a su familia y amigos, y que les avisemos que se encuentra en el hospital. Además, podemos divulgar su información médica a una entidad que participe en una campaña de socorro en caso de desastre, para que se le avise a su familia de su afección, estado y ubicación.
- **Socios comerciales.** Existen algunos socios comerciales o terceras partes que se han contratado para prestar servicios en nuestro nombre. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el Departamento de Urgencias y Radiología y en ciertos exámenes de laboratorio. Si divulgamos su información médica a estos socios comerciales, estableceremos un acuerdo con ellos de proteger su información.
- **Investigación:** Podemos compartir información médica acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, es posible que un proyecto de investigación suponga la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que hayan recibido un medicamento con aquellos que hayan recibido otro. Todos los proyectos de investigación se encuentran sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso revisa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica. Antes de que usemos la información médica, el proyecto tendrá que pasar por este proceso de aprobación de la investigación. Podemos compartir la información médica acerca de usted con personas que estén preparando un proyecto de investigación. Por ejemplo, podemos compartir información para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas. No se permite que esta información salga del hospital.
- **Según lo exija la ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- **Registros de salud mental.** Si sus registros contienen información concerniente a su salud mental, tenemos restricciones para las formas en que los podemos usar y divulgar. Podemos divulgar tales registros sin permiso escrito solo en las siguientes situaciones:
Si la divulgación se le hace a usted (a menos que un médico determine que la divulgación sería perjudicial para su salud); divulgaciones a nuestros empleados en ciertas circunstancias; para la recopilación de datos, la investigación y la vigilancia de los proveedores de atención administrada si la divulgación se hace a la división de salud mental; para propósitos de ejecución de la ley o para impedir una amenaza seria a la salud o seguridad suya o de los demás; a un juez de instrucción o un médico forense o a cualquier otro proveedor en caso de urgencia; para satisfacer los requisitos de entrega de informes o de divulgación de información establecidos por la ley; para propósitos de pago o propósitos comerciales legítimos; por orden judicial; al Servicio Secreto si es necesario proteger a una persona bajo su custodia.
- **Riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública Si bien es cierto que existen muchas otras, generalmente las actividades de salud pública incluyen lo siguiente:
 - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
 - Informar de nacimientos y fallecimientos.
 - Informar de negligencia o abuso de menores.
 - Informar acerca de reacciones a medicamentos o problemas con productos.
 - Informar a las personas del retiro de productos que puedan estar utilizando.
 - Informar a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
 - Avisar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de maltrato, abandono o violencia intrafamiliar. Solo lo haremos si usted está de acuerdo, o cuando lo exija o autorice la ley.
- **Para impedir una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podemos usar la información acerca de usted para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad. Podemos usar la información para proteger la salud y la seguridad de la ciudadanía o de otra persona. Cualquier divulgación solo se hará a alguien capaz de prevenir la amenaza.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si es un donante de órganos, podemos dar a conocer información médica a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante.

- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información médica de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Seguro de accidentes y enfermedades del trabajo.** Podemos entregar su información médica sobre programas del seguro de accidentes y enfermedades del trabajo o similares. Por ejemplo, a su empleador o a su compañía de seguros de accidentes o enfermedades del trabajo. Estos programas le proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar información médica a un organismo de supervisión de salud para realizar actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y controversias.** Si se ve involucrado en una demanda o controversia, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a un Certificado de servicios, a una citación, a una solicitud de producción de pruebas o a otra exigencia legal realizada por alguien más involucrado en la controversia, pero solo si se han realizado los esfuerzos por comunicarle a usted o a su abogado la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos dar a conocer información médica protegida si una autoridad judicial o policial lo solicita, si dicha divulgación corresponde a lo siguiente:
 - Mandato por ley.
 - Respuesta a una orden judicial, una citación de un tribunal, una orden de detención, requerimiento judicial o un proceso similar.
 - Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial o persona extraviada.
 - Acerca de la víctima de un crimen si, en ciertas circunstancias limitadas, somos incapaces de obtener el permiso de la persona.
 - Acerca de una muerte que creemos que pueda ser consecuencia de un acto delictivo.
 - Acerca de actos delictivos en el hospital.
 - En casos de urgencia, para informar acerca de un crimen, de la ubicación del crimen o de las víctimas o de la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- **Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a un juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos dar a conocer información de salud sobre pacientes del hospital a directores de funerarias, cuando sea necesario para que lleven a cabo sus deberes.
- **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar su información médica a agentes federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de protección al Presidente y a otras personas.** Podemos divulgar su información médica a agentes federales autorizados para que de esta manera ellos puedan proporcionarle protección al Presidente, a otras personas autorizadas, a jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.
- **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de una autoridad policial, podemos divulgar su información médica a la institución penitenciaria o a la autoridad policial. Esto sería necesario (1) para que la institución pueda brindarle atención de salud; (2) para proteger su salud o seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) por la seguridad de la institución correccional.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD.

Los otros usos y divulgaciones de información médica que no se traten en este aviso ni por las leyes que se nos aplican se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos autoriza para usar y divulgar su información médica, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca la autorización, no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones señaladas en su autorización por escrito. Debe comprender que no podemos revertir las divulgaciones que ya hayamos realizado con su autorización, y que se nos exige mantener registros de la atención que le brindamos.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información médica que usamos o divulgamos para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos acerca de usted a alguien que participe en su atención o en el pago de ella, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se haya sometido.

Estamos obligados a acceder a su solicitud solo si 1) excepto que la ley exija lo contrario, la divulgación es para su plan de salud y el propósito está relacionado con el pago o las operaciones de atención de salud (y no con propósitos de tratamiento), y 2) si su información está relacionada solamente con servicios de atención de la salud por los que usted pagó en su totalidad. Para otras solicitudes, no tenemos la obligación de cumplir con su petición. Si decidimos acceder a ella, la cumpliremos, a menos que la información se necesite para brindarle tratamiento de urgencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al funcionario de privacidad en St. Mary's Health System, 3700 Washington Avenue, Evansville, IN 47750.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a que nos comuniquemos con usted o con una persona responsable cuando se trate de asuntos médicos, de una cierta forma o en una ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que únicamente nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad en St. Mary's Health System, 3700 Washington Avenue, Evansville, IN 47750. No le pediremos el motivo de su solicitud. Se considerarán todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar de qué forma y en qué lugar desea que nos comuniquemos con usted.

- **Derecho a revisar y obtener una copia.** Usted tiene derecho a revisar y solicitar una copia de la información médica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de su atención médica. Generalmente, esto incluye historias clínicas y registros de facturas, pero no incluye notas de psicoterapia. Para revisar y obtener copias de la información médica que se puede usar para tomar decisiones acerca de usted, debe enviar su solicitud por escrito a Medical Record Department, St. Mary's Medical Center, 3700 Washington Avenue, Evansville, IN, 47750. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle por los costos de reproducción, franqueo u otros suministros asociados con su solicitud.

Podemos rechazar la solicitud de revisar y obtener copias en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la decisión. Otro profesional de la salud autorizado o un comité, escogido por el hospital, revisará su solicitud y la denegación. La persona que llevará a cabo la revisión no será la misma que denegó la solicitud. Respetaremos el resultado de la revisión.

- **Derecho a correcciones.** Si usted considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, podrá pedir que la corrijamos. Tiene el derecho de solicitar una corrección mientras el hospital o un tercero en nombre de este mantengan dicha información. Para solicitar una enmienda, debe enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección: Privacy Officer, St. Mary's Health System, 3700 Washington Avenue, Evansville, IN 47750. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de corrección si no la presenta por escrito o no incluye una razón que la respalde. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que corrijamos información que:

- no haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la corrección;
- no sea parte de la información médica protegida mantenida por o para el hospital;
- no sea parte de la información que se le permita revisar y copiar;
- sea exacta y esté completa.

- **Derecho a recibir un informe de divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hemos realizado de su información de salud. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad en St. Mary's Health System, 3700 Washington Avenue, Evansville, IN 47750. Su solicitud debe señalar un período de tiempo, el que no puede exceder los seis años y no debe incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La solicitud debe indicar en qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, impresa o por medios electrónicos). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratis. Si solicita listas adicionales durante dicho período de 12 meses, le podemos cobrar los costos de proporcionársela. Le informaremos del costo respectivo para que pueda retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en algún gasto.

- **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso, la que puede solicitar en cualquier momento. Incluso si ha accedido a recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia impresa.

Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, www.stmarys.org.

Para obtener una copia impresa de este aviso, llame al Departamento de Cumplimiento Corporativo al 812-485-6500.

PERSONAS QUE DEBEN ACATAR ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de St. Mary's Medical Center y de las siguientes personas:

- Cualquier profesional de la salud que esté autorizado para ingresar información en su historia clínica o para consultarla.
- Todos los departamentos y unidades de St. Mary's Medical Center.
- Cualquier miembro de un grupo voluntario que permitamos que lo ayude mientras está en el hospital.
- Todos los empleados, personal y otros miembros de St. Mary's Medical Center, lo que incluye a estudiantes en capacitación en todos los departamentos.
- Centro del Cáncer de St. Mary's.
- Centro del Seno de St. Mary's.
- Centro para Niños de St. Mary's.
- Clínica de Cuidado Conveniente de St. Mary's
- Hospital para Mujeres y Niños de St. Mary's.
- Clínica de Medicina Ocupacional de St. Mary's.

Todas estas organizaciones, establecimientos y ubicaciones de St. Mary's Health System acatarán los términos de este aviso. Además, es posible que estas entidades, sitios y establecimientos compartan información médica entre sí para fines de tratamiento, pago u operaciones del hospital descritos en este aviso.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar el presente aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios de este aviso a la información médica sobre usted que ya poseemos, además de cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso vigente en el hospital. La fecha de entrada en vigencia aparecerá en el extremo superior derecho de la primera página del aviso. Además, cada vez que se registre o ingrese en el hospital para tratamiento o para recibir servicios de atención de salud de hospitalización o ambulatorios, le ofreceremos una copia del aviso vigente.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo ante el hospital o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar un reclamo ante el hospital, comuníquese con el funcionario de privacidad en St. Mary's Health System, 3700 Washington Avenue, Evansville, Indiana 47750. Número de teléfono (812) 485-6500. Todos los reclamos se deben enviar por escrito.

No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el funcionario de privacidad:

Privacy Officer

St. Mary's Health System

3700 Washington Avenue, Evansville, IN 47750

812-485-6500 o privacyofficer@stmarys.org