



## ATENCIÓN DENTAL MÓVIL PARA NIÑOS (1 a 18 años)

Consultorio: (812) 485-5843

El servicio de atención dental móvil para niños de St. Vincent 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?

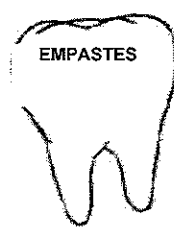
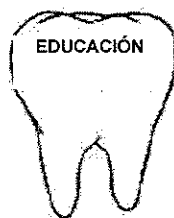
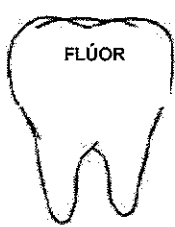
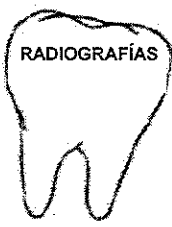
\*Todos los niños se merecen tener acceso a atención dental para mantener una sonrisa saludable.

\*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.





ATENCIÓN DENTAL MÓVIL PARA NIÑOS (1 a 18 años)

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

Office use only
Chart #: _____
RC Due: _____
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) \_\_\_\_\_ Dirección (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_

N.º de teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ N.º de teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ 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?  Sí  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?  Sí  No Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Última consulta: \_\_\_\_\_

¿Se ha quejado su hijo de problemas dentales?  Sí  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.?  Sí  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?

Sí  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

Si la respuesta es sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos actuales (incluidos los de venta sin receta médica o a base de hierbas)

**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. Vincent 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 SMMC 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, SMMC 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) a que los patólogos de SMMC 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 SMMC no puede obtener dicha autorización por mí (nosotros).
- Cedo (cedemos) todos los beneficios del seguro que me (nos) correspondan o reciba (recibamos) a SMMC 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 su recibo a SMMC (o al médico que corresponda) hasta que la cantidad completa de todos los cargos se pague en su totalidad.  
  
Acepto (aceptamos) pagar directamente a SMMC, 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 SMMC, 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, lo cual me da, o da al paciente, el derecho de elegir con anticipación 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 este tipo de exposiciones. 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 SMMC 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 SMMC 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 (al paciente).

14. Autorizo (autorizamos) al hospital y a todos los proveedores clínicos que han proporcionado atención o interpretado mis pruebas, junto con cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza o abogado que trabaje en su nombre, a ponerse en contacto conmigo a mi teléfono celular o teléfono de casa, utilizando mensajes pre grabados, mensajes de voz artificial, dispositivos de discado telefónico automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensaje de texto o a través de otro medio de comunicación electrónica.

He leído este párrafo

Iniciales

15. **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's para mí (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 (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)

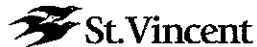
Afección médica

Testigo

Paciente, pariente más cercano o tutor legal

Fecha/Hora





## **AVISO (CONJUNTO) DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE NOS PERMITE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y TAMBIEN LA MANERA DE OBTENER ACCESO A ELLA. LE ROGAMOS QUE LO LEA DETENIDAMENTE.**

### **NUESTROS DEBERES**

St. Vincent toma muy en serio la confidencialidad de la información sobre su salud.

Entendemos que esta información es sumamente delicada y que es muy importante que la protejamos debidamente. La ley exige que velemos por su privacidad y que le entreguemos este *Aviso de prácticas de confidencialidad* (el "Aviso"). La ley también nos exige obedecer lo que se estipula en este *Aviso* a partir de la fecha en que entra en vigencia.

### **CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE NOS PERMITE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Protegemos la privacidad de la información sobre su salud porque es lo debido. La utilizamos (y la compartimos con otras personas) únicamente en los casos en que las leyes estatales y federales nos lo permiten. Para brindarle atención médica, recogemos información sobre su persona y sobre su salud y creamos nueva información. Bajo cada categoría a continuación incluimos ejemplos de las circunstancias en que podemos utilizar y compartir esa información. Aquí no figuran todos los usos ni todos los casos en que se nos permite usar o divulgar la información sobre su salud, pero sí se enumeran todas las categorías bajo las cuales la podemos usar o compartir.

- **Para darle tratamiento** Utilizamos la información sobre su salud para entender su estado de salud y para darle tratamiento cuando esté enfermo. Podemos compartir la información con los médicos, las enfermeras, el personal auxiliar de enfermería, los técnicos y los demás empleados que participan en sus cuidados. Podemos usar la información sobre su salud para manejar y coordinar los tratamientos y servicios relacionados con su salud. Se nos permite compartirla con su médico y otros proveedores de atención médica que le proporcionen tratamientos, aunque no sean médicos o proveedores de esta organización. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una pierna fracturada nos pide su información para saber si usted padece de diabetes, pues ese hecho podría afectar su recuperación. Se nos permite pedir y compartir información acerca de los medicamentos que le hayan recetado sus médicos, con el fin de evitar interacciones dañinas. Las unidades y departamentos de la instalación comparten información acerca de su salud con el fin de coordinar sus medicamentos, radiografías, pruebas de laboratorio, y demás servicios y tratamientos.
- **Para cobrar** Para cobrar por nuestros servicios se nos permite enviarle información sobre su salud a su compañía de seguros y a terceros a cargo del pago. También podemos darles información sobre su salud para sus propias actividades de cobro a otros proveedores de atención médica y a las organizaciones y agencias que paguen por sus cuidados médicos. Por ejemplo, le damos la información acerca de su cirugía a su compañía de seguros para poder cobrar. Asimismo, se nos permite darle sus datos al médico que interprete las radiografías para que pueda enviarles a usted o a la compañía de seguros la factura por sus servicios.
- **Para actividades de la entidad en torno a sus servicios** Se nos permite utilizar y divulgar información sobre su salud con el fin de asegurar que el personal de St. Vincent sea competente y tenga la capacitación debida para proporcionar atención médica de alta calidad, y para mantener y mejorar la calidad de la atención. Se nos permite evaluar la atención que usted haya recibido y los resultados obtenidos y, combinando esta información con la de otras personas, utilizar nuestros hallazgos para el mejoramiento continuo de la atención que brindamos. También les damos la información sobre su salud a varias agencias del Gobierno, como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud), para fines de la acreditación. Por ejemplo, podemos agrupar la información de numerosos pacientes para determinar si hay necesidad de brindar nuevos servicios y tratamientos, y comparar nuestros datos con los de otras instalaciones con el fin de mejorar los servicios que brindamos.

### **A veces la ley nos obliga a reportar información para fines específicos, entre otros:**

- Al Departamento de Salud, a quien le reportamos enfermedades transmisibles, lesiones traumáticas, defectos de nacimiento, y estadísticas demográficas (por ejemplo: los nacimientos).
- A los directores de funeraria y, cuando aplica, a las agencias de donación de órganos; a los médicos forenses para investigar las muertes sospechosas.
- Al organismo gubernamental competente cuando alguien resulta lesionado o muere inesperadamente en nuestras instalaciones.
- A las autoridades de salud pública para reportar el maltrato o la sospecha de maltrato de un niño o de un anciano, cuando la ley lo autoriza o lo exige.
- A las autoridades judiciales cuando lo exige la ley, por ejemplo, para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida, o para reportar un delito en las instalaciones.
- A los inspectores del gobierno encargados, por ejemplo, de vigilar que las instalaciones estén libres de peligros y riesgos.
- Bajo ciertas circunstancias, a las autoridades militares y del Departamento de Asuntos de los Veteranos, para pacientes que están en el ejército o que son veteranos.
- A las instituciones correccionales y a los representantes de las autoridades judiciales, si el paciente es un reo y las autoridades nos lo piden.
- Al Servicio Secreto o a la Agencia de Seguridad Nacional cuando se nos pida para la protección del país o del presidente.
- A los fabricantes de dispositivos médicos, cuando lo requiere la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para el control de dichos dispositivos.
- A los funcionarios judiciales, en respuesta a una orden o citación judicial válida.
- A las autoridades del gobierno cuando nos lo piden para evitar amenazas graves a la salud y a la seguridad públicas.
- A ciertos organismos del gobierno y a otras partes interesadas, para reportar incumplimientos de las leyes de confidencialidad de la información y cuando se realizan inspecciones para determinar si se están cumpliendo dichas leyes.
- Al seguro de compensación del trabajador (worker's compensation) cuando una persona lesionada en el trabajo reclama sus beneficios.
- A nuestros socios comerciales y a terceros contratados por nosotros para brindar algún servicio.

### **INFORMACIÓN ADICIONAL:**

- > **Directorio de la entidad** Se nos permite incluir en nuestro directorio su nombre, la unidad en que se encuentra, su estado de salud en términos generales (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, salvo su afiliación religiosa, también se le puede dar a cualquiera que pregunte por usted por su nombre. Les podemos dar su afiliación religiosa a miembros del clero, sin que pregunten por usted por su nombre. Si no desea que su información figure en el directorio, cuando lo admitan podrá pedir que no se incluya.
- > **Divulgación a las personas que participan en sus cuidados o encargadas del pago** Se nos permite divulgarles información sobre su salud a sus parientes, y a las personas designadas por usted, ya sea que participen en sus cuidados o que se encarguen de hacer sus pagos. También podemos avisarles a sus parientes y a la persona designada para una emergencia que usted se encuentra en St. Mary's y, en caso de un desastre, a las organizaciones de auxilio para que puedan notificar a su familia sobre su estado de salud y ubicación.
- > **Divulgación de información a petición suya** Podemos usar o divulgar su información médica según sus instrucciones, y podemos ponernos en contacto con usted para recordarle las citas y para darle información acerca de alternativas de tratamiento o de servicios o prestaciones relacionadas con su salud.
- > **Para la recaudación de fondos** Puede que nos comuniquemos con usted durante campañas de recaudación de fondos para las actividades y servicios de la organización. Para no recibir avisos de este tipo, siga las instrucciones de "opt-out" en las comunicaciones que reciba o pídaselo directamente a St. Mary's Foundation.
- > **Usos y divulgaciones adicionales** Puede suceder que usemos o divulguemos su información médica sin querer. Por ejemplo, puede que *otras personas escuchen las conversaciones entre los médicos, las enfermeras y otros miembros del personal de St. Vincent*, a pesar de que tenemos medidas para evitarlo. Sin embargo, tenga por seguro que las medidas que existen son adecuadas para, en lo posible, evitar estas situaciones y otras que pudiesen suceder.

- **Divulgación por parte del personal** A los empleados, voluntarios, pasantes y contratistas se les permite divulgar su información médica a las agencias de control de sanidad, a las autoridades de salud pública, a las organizaciones de acreditación y a los abogados que hayan contratado con el fin de reportarnos ante las autoridades, cuando creen que hemos estado involucrados en conducta ilícita o que, por prácticas indebidas, ponemos en riesgo a los pacientes, al personal o al público. Por otro lado, si un miembro del personal es víctima de un delito cometido por usted, se le permite divulgarle su información a las autoridades al reportar el delito.
- **Para proyectos de investigación** Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para proyectos de investigación. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación, y la información solo puede publicarse con su consentimiento o con el de la autoridad competente, y según lo permita por la ley. Podemos compartir información médica acerca de usted con las personas que preparan un proyecto de investigación. Por ejemplo, podemos compartir información para ayudarlos a ubicar pacientes con necesidades médicas específicas. A los investigadores encargados de la preparación del proyecto no se les permite llevar la información a ninguna otra parte.
- **Divulgación de expedientes que contienen información de abuso de alcohol o drogas** Por ley federal, no daremos su información médica si contiene información acerca de abuso de alcohol o drogas sin obtener antes su permiso por escrito, salvo en situaciones muy restringidas.
- **Apuntes de psicoterapia** Se nos exige obtener su permiso por escrito para usar o divulgar los apuntes de psicoterapia, salvo: si los pide la persona que los escribió para darle tratamiento; si los usa y divulga St. Mary's para sus propios programas de capacitación en salud mental; si los usa y divulga St. Mary's para defenderse en un litigio u otro proceso judicial en su contra por usted.
- **Márketing** Se nos exige obtener su autorización por escrito antes de usar o divulgar información sobre su salud para actividades de márketing, salvo cuando se trate de una comunicación directa con usted o de un regalo promocional de valor nominal proporcionado por nosotros. Para no recibir avisos de márketing, siga las instrucciones para cancelar la suscripción que se dan en las comunicaciones que reciba.
- **Casos en que se requiere su autorización** St. Mary's no vende información sobre sus pacientes; sin embargo, si se presentase la ocasión de hacerlo, se nos exige obtener de antemano su autorización por escrito. Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso se harán únicamente con la autorización de usted o de la persona que lo represente.
- **Notificación de incumplimiento** Por ley, debemos avisarle si alguien obtiene la información sobre su salud que está protegida por la ley, y nos comprometemos a hacerlo.

#### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Otros usos y divulgaciones de la información sobre su salud no cubiertos por este aviso o las leyes que nos rigen se harán únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza para usar o divulgar su información, puede anular la autorización en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito. Si la anula, a partir de ese momento no podremos usar ni divulgar la información sobre su salud para los propósitos pautados en la autorización. Tenga presente que la información que hayamos usado o divulgado hasta el momento de anular la autorización queda divulgada, y que el expediente que trate de la atención que le hayamos brindado se quedará en nuestros archivos.

#### **SUS DERECHOS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Tiene los siguientes derechos en cuanto a la información que recogemos sobre su salud:

- **Derecho a pedir que solo se use bajo ciertas circunstancias.** Tiene derecho a pedir que se impongan restricciones, de manera que la información sobre su salud solamente se pueda usar para sus tratamientos, para el pago y para las actividades del hospital en torno a sus servicios. También tiene derecho a pedir que únicamente se le divulgue su información a las personas encargadas de sus cuidados o del pago. Cuando la información tiene que ver con un servicio por el cual usted haya pagado de su propio bolsillo en su totalidad, tiene derecho a pedir que no se le divulgue a su seguro médico ni a las oficinas la entidad a cargo de las actividades en torno a los servicios que brinda. Tenga presente que sí se divulgará si se necesita para darle tratamiento y si lo exige la ley.

**No se nos exige cumplir con pedidos que tengan que ver con restringir el uso y divulgación de su información.** Pero si estamos de acuerdo con la restricción que pide, obedeceremos su pedido, salvo cuando la información se necesite para darle tratamiento de emergencia.

Todos los pedidos para restringir el uso o divulgación de su información deberá hacerlos por escrito al Privacy Official (funcionario a cargo de la Oficina de Confidencialidad).

- **Derecho a pedir que la entidad se comuniquen con usted por vía privada.** Tiene derecho a pedir que, cuando se trate de su atención médica, nos comuniquemos con usted o con la persona responsable de la manera o en el lugar que usted indique. La petición la debe hacer por escrito al Privacy Official. No tendrá que justificarse y haremos lo que nos pida, siempre y cuando sea razonable. En su petición debe dar instrucciones precisas de la manera y el lugar donde nos podamos comunicar con usted.
- **Derecho a revisar, a copiar y al acceso a su información.** Tiene derecho a revisar y obtener copia impresa y electrónica de la información sobre su salud que usamos para tomar decisiones acerca de la atención que le brindamos. Debe pedirlo por escrito. Cuando pida copias, puede que le cobremos el costo de hacerlas, de enviarlas por correo y de otros suministros necesarios para cumplir con su pedido.
- **Derecho a enmendar.** Tiene derecho a pedirnos que enmendemos la información sobre su salud y los datos necesarios para el cobro, siempre y cuando se trate de información que esté en nuestras manos. Tenemos derecho a negar su petición, de ser así, le avisaremos y le daremos las razones, de manera que usted pueda apelar la decisión.
- **Información ya divulgada.** Tiene derecho a pedir la lista de las divulgaciones que hayamos hecho para propósitos adicionales, que no tengan que ver con su tratamiento, los pagos, las actividades de nuestra entidad en torno a la salud o autorizadas por usted.
- **Derecho a recibir copia impresa de este Aviso.** Tiene derecho a su propia copia impresa de este Aviso y puede pedirla a su conveniencia, aunque ya haya pedido una copia electrónica.

Para obtener copia de este Aviso, vaya al sitio web, [www.stmarys.org](http://www.stmarys.org), o pídala en la oficina del Privacy Official.

### **PERSONAS QUE DEBEN OBEDECER ESTE AVISO**

Este Aviso describe las normas por las que se rigen St. Vincent y también:

- Cualquier profesional de la salud autorizado a consultar su expediente médico o a ingresar datos en el mismo, también a todo el que le proporcione tratamiento mientras usted esté en la instalación como, entre otros: los médicos a cargo de su atención, los radiólogos, los patólogos, los anestesiólogos, los cirujanos, los especialistas en medicina interna, los médicos del departamento de emergencias, el personal que trabaje bajo la supervisión de los médicos, y todo médico o proveedor de atención médica que le brinde atención en la instalación.
  - Todos los departamentos y unidades de St. Vincent de cualquiera de sus instalaciones.
  - Los miembros de los grupos de voluntarios que permitamos brindarle ayuda.
  - Los empleados, médicos y miembro del personal de St. Vincent, y las personas que reciban entrenamiento en las instalaciones, como los médicos residentes y los estudiantes de enfermería y de otras profesiones.

Todas estas personas, lugares e instalaciones se rigen por las normas aquí pautadas cuando brindan servicios en nuestras instalaciones. Además, pueden compartir información entre sí para brindarle tratamiento, para cobrar y para fines de las actividades en torno a la salud, tal como se describe en el Aviso.

**CAMBIOS A ESTE AVISO:** Nos guardamos el derecho de hacerle cambios a este Aviso, así como también el derecho a que el nuevo Aviso rija sobre la información que ya tengamos acerca de usted y la que recojamos en adelante. Pondremos el nuevo Aviso en la instalación en lugares donde todos lo puedan leer y también en el sitio web con la nueva fecha de vigencia. Usted pedir su propia copia del Aviso enmendado.

**QUEJAS:** Si cree que se han violado sus derechos a la confidencialidad de su información, puede presentar una queja ante St. Mary's o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nosotros, diríjase al Privacy Official. Toda queja deberá obligatoriamente presentarse por escrito.

**No se le castigará ni discriminará ni amenazará ni se tomarán medidas en su contra porque haya presentado una queja.**

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, póngase en contacto con:  
 Privacy Official  
 St. Vincent Evansville, 3700 Washington Avenue, Evansville, IN 47750  
 812-485-6838