



CHILDREN'S  
HOSPITAL

# CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

PAGINA 1 DE 1

PLACE PATIENT'S LABEL HERE

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente autorizo a los consultorios médicos, las clínicas y los departamentos ambulatorios para proporcionarme toda atención médica y tratamiento que en su capacidad de médico, residente, interno, médico auxiliar, enfermera, dentista, asistente dental, asistente médico, psicólogo, enfermera profesional o personal médico aliado, o cualquiera de las personas designadas (en adelante "los proveedores de cuidado médico") considere necesario o conveniente.

Este cuidado podrá incluir, pero no se limita a:

**ESTA PARTE SE DEBE LLENAR - POR FAVOR TACHE TODAS LAS CAJAS A CONTINUACIÓN QUE CORRESPONDAN**

**SERVICIOS AMBULATORIOS** (con exclusión de cualquier terapia que figure en la lista que se expone a continuación) los servicios ambulatorios incluyen, pero no se limitan a: La radiología diagnóstica; Laboratorio (incluyendo pero no limitado a: las pruebas de sangre, orina, y VIH); Estudios neurodiagnósticos (incluyendo, pero no limitados a: ERG, EEG y EP); la administración de medicamentos, biológicos y otros productos terapéuticos; atención médica de rutina (incluyendo las inyecciones).

**TERAPIAS:** terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla / audiológica o el cuidado de lesiones superficiales.

Autorizo a los profesionales médicos a realizar otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de urgencia si tal vez sea necesario o conveniente con el fin de preservar mi vida o mi salud. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no se trata de una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías ni se me ha hecho ninguna promesa con respecto a los resultados de dicho procedimiento o tratamiento de diagnóstico.

**AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN:** Entiendo que Children's Hospital utiliza diversos métodos de comunicación incluyendo las llamadas de voz, las llamadas computarizadas, los mensajes de texto computarizados, el correo electrónico, el fax, las llamadas de auto-marcado y los mensajes pregrabados con el fin de compartir los resultados médicos / clínicos, realizar la programación de citas, enviar recordatorios de citas, obtener la información referente a la satisfacción del paciente y comunicar / discutir las responsabilidades financieras. Al firmar el presente formulario, yo en efecto estoy concediendo mi permiso al Children's Hospital para utilizar y facilitar todos los números de teléfono para los fines indicados líneas arriba. Entiendo, además, que tengo el derecho de revocar esta autorización presentando a Children's Hospital una solicitud por escrito para que interrumpa este tipo de comunicaciones.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo Children's Hospital o cualquier médico que me esté tratando en Children's Hospital para divulgar información médica o de otro índole a los agentes de Children's Hospital, mis médicos de atención primaria o médicos de referencia, las compañías de seguros, sus agentes, los servicios de transporte, la Administración del Seguro Social (Medicare), Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana (Medicaid y SSI) el programa de servicios especiales de salud para los niños, sus intermediarios o portadores, o cualquier tercero que actúe en mi nombre o en nombre de Children's Hospital que sea necesario para que se pague los beneficios bajo mi seguro u otros contratos aplicables a las reclamaciones por el tratamiento. Por la presente, indemnizo y libero a Children's Hospital de cualquier y toda responsabilidad con respecto a la divulgación de dicha información. Entiendo que Children's Hospital realizará toda divulgación que se requiera por la ley a fin de cumplir con los requisitos de la notificación obligatoria. Por la presente, indemnizo y libero a Children's Hospital de cualquier y toda responsabilidad con respecto a la divulgación de dicha información.

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS:** el presente consentimiento general no se extiende ni se aplica a ningún procedimiento quirúrgico ambulatorio propuesto para el cual se requiera un consentimiento informado por la ley o por la política de Children's Hospital.

**CENTRO MÉDICO DOCENTE:** Se me ha informado y entiendo que esta instalación se trata de una institución docente y los procedimientos realizados podrán requerir la observación, la cooperación, y los servicios de varios proveedores de atención médica. He autorizado a los becarios, los residentes y / o los estudiantes a participar en mi cuidado médico.

**GARANTÍA DE PAGO Y AUTORIZACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Acepto pagar todos los gastos resultantes de los procedimientos de diagnóstico y del tratamiento médico que se han proporcionado a mí o al paciente aquí nombrado. Autorizo a terceros a pagar directamente a Children's Hospital todo beneficio de seguro debido por servicios proporcionados en mi nombre o en nombre del paciente aquí nombrado. Por la presente asigno a Children's Hospital todos los beneficios médicos incluyendo los beneficios médicos por servicios prestados por los proveedores de cuidado médico a los que tengo derecho, incluyendo Medicare o Medicaid, seguros privados y otros planes de salud. Entiendo que, salvo lo dispuesto a lo contrario por la ley o por el contrato de mis aseguradoras con los proveedores de cuidado médico, yo soy responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros.

**AVISO DE PRÁCTICAS Y DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE:** Reconozco que se ha puesto a mi disposición copias del aviso de Children's Hospital referente a las prácticas privadas y el aviso de los derechos y responsabilidades del paciente.

**CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE DATOS DE SALUD MyLCMC Health:** Entiendo que myLCMC se trata de un portal para pacientes a través del cual se me permite acceder a partes de mi información médica protegida. En un futuro, todos los médicos LCMC pasarán a formar parte del intercambio de datos de salud de LCMC a través de myLCMC Health y aquellos que están autorizados también tendrán la posibilidad de acceder a partes de mi información médica protegida. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para usar y optar por formar parte de myLCMC Health:

**Opto por que se añada mi información médica protegida al portal de pacientes myLCMC Health.**

**CONSENTIMIENTO PARA LA FOTOGRAFÍA:** Yo doy permiso a Children's Hospital y a sus proveedores de atención médica para fotografiar, grabar cinta de video y de audio de mi hijo o hija y para utilizar tales fotografías, cintas de video y de audio para fines clínicos, educativos y legales.

**AUTORIZACIÓN PARA ENLACES: ENLACES** (la red de vacunación para los niños de todo el estado de Louisiana) se trata de un sistema de computadoras patrocinado por el Departamento de Salud y Hospitales que le ayuda a usted y a su médico a llevar un registro del historial de inmunización del paciente. Children's Hospital es un centro que participa en LINKS y, por lo tanto estoy permitiendo a Children's Hospital a compartir su información referente a la inmunización con LINKS.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí por escrito en cualquier momento, presentando tal petición para revocar mi consentimiento en una de las mesas de inscripción de Children's Hospital.

**Al firmar este acuerdo, reconozco que he leído y que entiendo la información contenida en el presente documento y que acepto estos términos**

|  |                |                  |
|--|----------------|------------------|
| Firma de la parte responsable (Padre/Tutor si el paciente es menor de 18 años o no emancipado) | Fecha MM/DD/YY | Hora 00:00 am/pm |
| X  | / /            | AM<br>PM         |
| Relación al paciente   |                |                  |
| Firma del testigo (Necesario sólo si firmó junto a la marca)                                   | Fecha MM/DD/YY | Hora 00:00 am/pm |
| X  | / /            | AM<br>PM         |





# **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS A DISTANCIA**

PÁGINA 1 DE 1

Los servicios médicos a distancia implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitirle a usted, el paciente, compartir y analizar información médica con el proveedor a fin de poder brindarle una atención médica conveniente, eficaz y eficiente. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a los servicios médicos a distancia, por lo que cualquier consulta a través de este tipo de servicios es segura y confidencial.

## **Riesgos potenciales**

Entiendo los siguientes puntos con respecto a las consultas de servicios médicos a distancia:

- El equipo de videoconferencia podría fallar, causando demoras en la evaluación y el tratamiento médicos.
- En casos aislados, la información transmitida puede no ser lo suficientemente clara (por ejemplo, por una mala resolución de las imágenes) como para permitirle al proveedor de la consulta tomar una decisión médica adecuada.
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar un incumplimiento de la privacidad de la información médica personal.
- En caso de necesitarse más información para proporcionar un diagnóstico, se me podrá solicitar que me atienda o realice una consulta en persona/mi hijo se atienda o realice una consulta en persona.

## **Entiendo los siguientes puntos con respecto a las consultas de servicios médicos a distancia:**

- Me han explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para facilitar la consulta ya que el proveedor y yo estaremos en distintos sitios.
- Puede haber otras personas con el proveedor de la consulta para ayudarlo a operar los equipos o para ayudarlo con la evaluación, el examen o el tratamiento. Se me informará en caso de haber otras personas presentes.
- Tengo derecho a: (1) solicitarle al personal no médico que se retire de la habitación; o (2) cancelar la consulta en cualquier momento.
- Si mi consulta de servicios médicos a distancia no puede completarse por algún motivo (por ejemplo, por una falla en los equipos), puedo trabajar con el personal de Children's Hospital para reprogramarla. En caso de que yo/mi hijo necesite atención de urgencia, llamaré al 911 o acudiré a la sala de emergencias más cercana sin demora.
- Me han explicado las alternativas a una consulta de servicios médicos a distancia y elijo participar/mi hijo elige participar en una consulta de este tipo.
- Entiendo la función del médico y del paciente y la función de cualquier otro proveedor de atención médica con respecto al tratamiento del paciente.
- Entiendo que los servicios de consulta médica a distancia de Children's Hospital nunca deben usarse para asuntos urgentes. Por lo tanto, para todos los asuntos que requieran atención médica de urgencia, acudiré/llevaré a mi hijo, sin demoras, al departamento de emergencias de un hospital local, o llamaré al 911.
- Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para la consulta de servicios médicos a distancia en cualquier momento sin afectar mi derecho/el derecho de mi hijo a atención, tratamientos, beneficios o programas futuros para los cuales yo/mi hijo podría ser elegible.
- Entiendo que, por lo general, estas videoconferencias no se graban. Sin embargo, puede haber casos en los que el proveedor de atención médica necesite obtener una fotografía, un video o una grabación de audio. Al firmar a continuación, autorizo a Children's Hospital y a sus proveedores de atención médica a fotografiar, grabar en video o grabar en audio a mi hijo y a usar dichas fotografías, videos o audios con fines clínicos, educativos y legales.
- Tengo derecho a acceder a una copia de mis expedientes clínicos/los expedientes clínicos de mi hijo. Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Children's Hospital, que incluye instrucciones sobre cómo hacerlo.
- Entiendo que mi información médica/la información médica de mi hijo puede compartirse con otras personas para fines de programación, de facturación y de seguro, así como con el personal de coordinación de casos de la entidad que realiza los pagos (compañía de seguros).
- Entiendo que el proveedor le facturará a mi seguro o a Medicaid por estos servicios. Entiendo que puedo ser responsable del pago de servicios, copagos o coaseguros si así lo requiere mi compañía de seguros.
- Entiendo que las consultas de video para la atención médica a distancia son un servicio de Children's Hospital, no de la escuela. La escuela, el distrito, o el sistema de escuelas autónomas o de la parroquia no serán responsables de las facturas impagadas.
- Entiendo que si yo necesito/mi hijo necesita o si quisiera recibir atención de seguimiento por parte de este proveedor de atención médica, puedo comunicarme con Children's Hospital al (504) -899-9511.
- Comprendo que es posible que mi cuenta/la cuenta de mi hijo no esté disponible en todo momento debido a fallas imprevistas de la tecnología o del sistema, procedimientos de respaldo, mantenimiento u otras causas que exceden el control de Children's Hospital o sus proveedores y agentes autorizados. El acceso se proporciona "tal cual está disponible" y ni Children's Hospital ni sus proveedores y agentes autorizados me garantizan que pueda acceder a mi cuenta en todo momento. En el caso de una falla de tecnología o del sistema, puedo llamar al (888)-666-2352 o ingresar en <https://www.chnola.org/our-services/telehealth/contact-us/> para obtener ayuda o para solicitar atención médica.
- Entiendo que puedo negarme a recibir servicios médicos a distancia y que puedo retener o retirar mi consentimiento de dicho tipo de atención en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención médica o tratamiento futuros. Puedo revocar mi consentimiento verbalmente o por escrito en cualquier momento si me comunico con mi proveedor de atención médica. Mientras este consentimiento esté vigente (no se haya revocado), mi equipo de atención médica puede proporcionarme servicios de atención médica a distancia sin la necesidad de que firme ningún otro formulario de consentimiento.

**Firma del padre/tutor legal:**

**X**

**Fecha** MM/DD/AA

/

**Hora** 00:00 a. m./p. m.

:

**Nombre en letra de imprenta del estudiante:**

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la atención médica a distancia. Doy mi consentimiento (aceptación) para participar en el Programa de Atención Médica a Distancia Escolar (School Based Telehealth Program) según los términos indicados anteriormente.

**\*PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE\*\*** Al firmar más abajo, confirmo que se obtuvo por parte del tutor legal del estudiante el consentimiento verbal para tratarlo antes de iniciar una consulta por video. Por medio de la firma del tutor legal que aparece más arriba se reconoce que se otorgó el consentimiento verbal antes del consentimiento por escrito.

**Firma del presentador de los servicios médicos a distancia:**

**X**

**Fecha** MM/DD/AA

/

**Hora** 00:00 a. m./p. m.

:



**Children's Hospital**  
New Orleans  
LCMC Health

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL  
PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA  
A DISTANCIA ESCOLAR**  
PÁGINA 1 DE 1

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

COLOCAR AQUÍ LA ETIQUETA DEL PACIENTE

\*Este formulario de inscripción se utilizará como referencia en el momento de la consulta por video de su hijo.

**Información general**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer nombre

Inicial segundo nombre

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Profesional de atención primaria: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del profesional de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

**Información principal del estudiante:**

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

**Teléfono principal\***: \_\_\_\_\_

Particular  Celular  Laboral

\*Llamaremos a este número si se necesita realizar

una consulta por video. Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Particular  Celular  Laboral

**Información de pago/seguro:**

Tenga en cuenta que la consulta solo se factura al completar con éxito la consulta por video. Si esta información cambiara sin aviso o si resulta incorrecta, puede enviarse una factura a la dirección que aparece más arriba.

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Plan de Medicaid: \_\_\_\_\_

Plan de seguro privado: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona por la cual el estudiante está asegurado: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sin seguro

Tenga en cuenta que la consulta por video se facturará al padre/tutor legal mencionado más arriba.

**Mencione:**

| Alergias conocidas | Medicamentos que toma actualmente | Principales procedimientos o acontecimientos médicos |
|--------------------|-----------------------------------|--|
| 1.                 | 1.                                | 1.   |
| 2.                 | 2.                                | 2.   |
| 3.                 | 3.                                | 3.   |

*Al enviar este formulario, reconozco que la información de mi hijo puede ingresarse en el registro de salud electrónico de Children's Hospital.*

Firma del parente/tutor legal:

X

Fecha MM/DD/AA

Hora 00:00 a. m./p. m.

/

:

**CUESTIONARIO**

CH205B (08/19) Nuevo

**\*EL245\***

**\*EL245\***

# Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Revíselo detenidamente.

Este Aviso de prácticas de privacidad (en lo sucesivo, el "Aviso") se le entrega como un requisito de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La ley nos exige cumplir con los términos de este Aviso y mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Le informaremos de inmediato en caso de que ocurra un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

La ley exige que nos aseguremos de que la información médica que lo identifica se mantenga de forma privada. También exige que le envíemos este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad para informarle qué hacemos con su información médica. Puede leer esta ley para comprenderla mejor. Se encuentra en el Título 45, Parte 164 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y de poner en vigencia las nuevas disposiciones del Aviso para toda la información de salud protegida que conservamos. El nuevo Aviso estará disponible con solicitud previa en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web.

## A quiénes impacta este Aviso

LCMC Health es un sistema médico que opera como un Acuerdo de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Este Aviso describe las prácticas de privacidad de LCMC Health y sus entidades e instalaciones afiliadas. Las entidades de LCMC Health (cada una, en lo sucesivo, la "Instalación") son, entre otras: Children's Hospital, Touro Infirmary, University Medical Center New Orleans, New Orleans East Hospital, West Jefferson Medical Center y LCMC Health Anesthesia Corp., las filiales y subsidiarias de cada Instalación y todas las clínicas, instalaciones y otros sitios de prestación de servicios asociados.

Todas las entidades e instalaciones de LCMC Health participan en el OHCA y se ven impactadas por este Aviso. Todas las entidades e instalaciones que participan en el OHCA pueden compartir su información médica entre sí para realizar las operaciones de tratamiento, pago o atención médica relacionadas con el OHCA, y según lo permita la ley pertinente. Es posible que esta lista no refleje adquisiciones o ventas recientes de entidades, sitios o centros. Este Aviso se aplica además a todos los empleados, voluntarios, estudiantes y proveedores de atención médica de cualquier Instalación o entidad afiliada a LCMC Health.

## Nuestros usos y divulgaciones

Normalmente usamos o divulgamos su información médica de las siguientes maneras. Estas descripciones no enumeran todas las divulgaciones o usos permitidos de cada categoría.

**Para proporcionar atención médica a usted como paciente.** Los médicos, enfermeros, técnicos, residentes, estudiantes de medicina u otro tipo de personal involucrado en su atención pueden usar o compartir su información médica. Los diferentes departamentos del hospital, así como las diferentes entidades, también pueden compartir su información médica para coordinar sus diferentes necesidades de atención, como recetas, análisis de laboratorio, radiografías y atención de seguimiento. Podemos divulgar su información médica a personas y entidades externas al hospital que puedan estar involucradas en su atención médica continua. Por ejemplo, un médico que lo trata por una lesión puede consultarle a otro médico sobre su estado de salud general.

**Para obtener pagos.** Su información médica se puede usar o compartir para preparar su factura, recopilar y procesar sus pagos y los de cualquier compañía de seguros, programa gubernamental (Medicare, Medicaid, Seguro de Indemnización por Accidentes Laborales, etc.) o de cualquier otra persona que sea responsable del pago. Por ejemplo, le brindamos su información a un plan de seguro médico para que pague los servicios.

**Para nuestras operaciones de atención médica.** Su información médica puede usarse o compartirse para administrar nuestra organización, revisar la calidad y la idoneidad de la atención que usted recibe y contactarlo cuando sea necesario. Por ejemplo, utilizamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios. También podemos usar o compartir su información de atención médica para llevar adelante las operaciones de dicha atención en representación del Acuerdo Organizado de Atención Médica descrito anteriormente.

**Para crear bases de datos sin identificación.** Podemos usar su información de salud para crear información "sin identificar" de acuerdo con la ley pertinente. Después de eliminar la información que lo identifica, su información médica limitada sin identificar se podrá colocar en un programa de computadora para ser utilizada con fines de investigación. Si a su información se le quita parcialmente aquello que lo identifica, se la denominará "conjunto de información limitada" y se podrá utilizar para fines de investigación similares de acuerdo con las leyes y reglamentaciones pertinentes.

## Otras formas en las que podemos usar o divulgar su información

Además de usar o compartir su información médica para nuestras propias operaciones de tratamiento, pago y atención médica, tal como se describió anteriormente, podemos usar o compartir su información de la siguiente manera:

**Si lo exige la ley.** Divulgaremos su información de salud si así lo exige la ley federal o estatal.

**A las personas a las que usted nos solicite que se la revelemos.** Revelaremos su información médica a las personas a las que usted nos indique que desea que se la revelemos. Deberá completar un formulario de autorización que nos otorga permiso para revelar su información médica. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento. No estamos autorizados a obligarlo a que nos

otorgue su permiso para darle su información médica a nadie. No podemos negarnos a tratarlo si cancela esta autorización.

**Para realizar actividades.** Podemos usar o divulgar su información para contactarlo por actividades de recaudación de fondos. Si no desea que se lo contacte por este tipo de iniciativas, tiene derecho a elegir no recibir dichas comunicaciones.

**A "Socios comerciales".** Los socios comerciales son compañías o personas con las que firmamos un contrato para que hagan algunos trabajos para nosotros. Los ejemplos incluyen proporcionar información al servicio de copiado que utilizamos para hacer copias de su registro de salud, o a un auditor que revisa las facturas del hospital para garantizar los procesos de cobro apropiados. Para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial la proteja de forma adecuada.

**A los destinatarios de los conjuntos de información limitada.** Si utilizamos su información para elaborar un "conjunto de información limitada", podremos dar dicho conjunto, que incluirá su información, a terceros con el propósito de llevar a cabo investigaciones, acciones de salud pública u operaciones de la atención médica. Las personas que reciban el "conjunto de información limitada" deberán acordar tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información médica.

**Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.** El Secretario, o la persona que designe, tiene derecho a consultar su información para asegurarse de que cumplamos la ley.

**A autoridades de salud pública.** Podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública responsable de prevenir o controlar enfermedades, mantener los registros civiles u otras funciones de salud pública. También podemos proporcionar su información médica a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) en relación con productos que esta entidad regula.

**Para actividades de supervisión médica.** Podemos proporcionar su información médica a agencias responsables de las actividades de supervisión, como investigaciones y auditorías del sistema de atención médica o programas de beneficios, según lo permita la ley.

**Para la seguridad y salud pública.** Podemos compartir su información en ciertas situaciones, como para prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, informar reacciones adversas a medicamentos, informar sospechas de abuso, maltrato o violencia doméstica, o prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

**Para indemnización por accidentes laborales.** Podemos usar o compartir su información de salud para gestionar reclamos de indemnización por accidentes laborales.

**Al personal policial.** Podemos compartir su información médica ante ciertas solicitudes para la aplicación de la ley, como:

una orden judicial, citación, orden de detención, orden de comparecencia o proceso similar;

para ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;

ante preguntas sobre la víctima de un delito si, conforme ciertas circunstancias, no podemos obtener el acuerdo de la persona;

ante consultas sobre un fallecimiento que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;

ante consultas sobre conductas delictivas en una Instalación, y en situaciones de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

**A tribunales y agencias administrativas.** Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**A forenses.** Podemos compartir información médica sobre personas fallecidas con médicos forenses o directores de funerarias, según lo permita la ley.

**A los servicios de trasplante de órganos.** Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

**Para investigación.** Podemos usar o compartir su información médica en relación con ciertas actividades de investigación después de pasar por un proceso de aprobación especial para esa investigación.

**A instituciones correccionales.** Podemos compartir su información médica con una institución correccional o un oficial de policía si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial. Esta revelación resultaría necesaria para: (1) que la institución pueda brindarle atención médica; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para seguridad y prevención de la institución correccional.

**Para funciones gubernamentales especializadas.** Podemos compartir su información médica para ciertas funciones gubernamentales especializadas, según lo permita la ley. Esas funciones incluyen:

Actividades militares y de veteranos.

Actividades relacionadas con la seguridad nacional y de inteligencia. Al servicio de protección presidencial y a otras personas.

Determinaciones de idoneidad médica.

A instituciones correccionales.

Otras situaciones de custodia policial.

**Categorías especiales de información.** En algunas circunstancias, su información médica puede estar restringida de una manera que limita algunos de los usos y divulgaciones descritos en este Aviso. Por ejemplo, existen restricciones especiales en el uso o la divulgación de ciertas categorías de información, por ejemplo, pruebas de HIV, tratamiento de enfermedades de salud mental o información relacionada con el tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

## Objeciones de los usos y las divulgaciones

En ciertas situaciones, usted tiene derecho a oponerse antes de que su información médica se pueda usar o revelar. Esto puede no aplicar si se lo trata debido a ciertos problemas mentales o conductuales. Si

usted no se opone después de tener la oportunidad de hacerlo, su información médica se podrá usar de las siguientes maneras:

**Directorio de pacientes.** En la mayoría de los casos, esto significa que su nombre, número de habitación e información general sobre su afección se podrán informar a las personas que pregunten por usted mencionando su nombre. Además, se podrá otorgar información sobre su religión a miembros del clero, incluso si no preguntaran por usted mencionando su nombre.

**Familares y amigos.** Podemos revelar a familiares directos o no directos y amigos personales cercanos toda información médica que necesiten saber si están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podemos informarle a la persona que está ayudando con su cuidado que usted necesita tomar los medicamentos u obtener nuevos medicamentos, o podemos brindarle información sobre cómo atenderlo. También podemos usar su información médica para encontrar a un familiar, a un representante personal o a otra persona responsable de su atención y notificarte dónde se encuentra, sobre su afección o su fallecimiento. En caso de una emergencia, o si usted no pudiera comunicarse, también podemos brindar cierta información a una persona que pueda ayudarlo con su atención médica.

**Ayuda en caso de desastres.** Podemos compartir su información médica con una organización pública o privada de ayuda que preste asistencia en caso de desastre o emergencia.

## Otros usos de su información médica

Únicamente con su autorización por escrito podemos hacer otros usos y divulgaciones de su información médica que no estén cubiertos por este Aviso, o que la ley exija. Nunca compartiremos su información, a menos que nos lo autorice por escrito, en los siguientes casos: (1) fines de comercialización, (2) venta de su información, y (3) mayormente para el intercambio de notas de psicoterapia. En caso de que nos dé permiso para usar o divulgar dicha información médica sobre usted, podrá revocarlo, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, se detendrá cualquier uso o revelación adicional de esa información médica para los fines cubiertos por su autorización por escrito, excepto si ya hubiésemos actuado de acuerdo con el permiso que había otorgado previamente.

## Sus derechos respecto de la información médica

Usted también goza de los siguientes derechos con respecto a su información médica:

**Derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su expediente clínico.** Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente clínico. Todas las solicitudes deberán hacerse por escrito. Consultenos sobre la forma de hacerlo. Le proporcionaremos una copia o resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de realizada la solicitud. Puede que le cobremos un cargo razonable basado en los costos.

**Derecho a solicitar restricciones.** Puede solicitarnos que no compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si ella afectaría su atención médica. Si usted paga el total de un servicio o artículo de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos con su compañía de seguros médicos la información relacionada con el pago o con nuestras operaciones. Aceptaremos cumplir dicha solicitud a menos que una ley nos exija que compartamos esa información.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono particular o laboral) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Aceptaremos cumplir todas las solicitudes razonables. Consultenos sobre la forma de hacerlo.

**Derecho a hacer modificaciones.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Consultenos sobre la forma de hacerlo. Podemos negarnos a cumplir su solicitud; sin embargo, le explicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

**Derecho a un listado de divulgaciones.** Puede solicitarnos una lista (un detalle) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién la compartimos y los motivos para hacerlo en los seis años anteriores a la fecha en que lo solicite.

Incluirímos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó que hicieramos). Le daremos un detalle por año de forma gratuita, pero le cobraremos un cargo razonable basado en los costos si solicita otro dentro de los 12 meses.

**Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirla de forma electrónica. Le entregaremos la copia impresa lo antes posible. Para obtener una copia impresa de este Aviso, comuníquese con el funcionario de Privacidad del centro o tome uno del Área de Registro de Acceso del Paciente en cualquiera de nuestros centros.

**Derecho a presentar una queja.** Usted tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos si considera que no hemos respetado sus derechos de privacidad. Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con el funcionario de Privacidad de la Instalación al número de teléfono que figura más abajo o por escrito a la siguiente dirección:

Privacy Officer  
Children's Hospital  
200 Henry Clay Avenue  
New Orleans LA 70118  
504.894.5395

No se lo penalizará ni se tomarán represalias por presentar una queja.

**Derecho a elegir que una persona actúe en su nombre.** Si le ha otorgado a otra persona un poder notarial para cuestiones médicas o si otra persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna acción.

Este Aviso entra en vigencia el 6 de abril de 2018.