

23 bnoingit

Centro de Salud _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
Enlaces del Aprendizaje - Centro de Salud Escolar

Formulario de Inscripción

Por favor complete los dos lados

#de ID del Estudiante

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____ Sexo _____ Raza _____

Dirección _____ Teléfono de la Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

País de Nacimiento _____ Idioma _____

Padre de Familia/Guardián _____ Teléfono del Trabajo _____

Contacto de Emergencia _____

Relación del Contacto de Emergencia con el niño(a) _____ Teléfono _____

Doy mi permiso para que mi hijo/a, _____, se inscriba en el Centro de Salud Escolar de Enlaces para el Aprendizaje. Doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios que pueden incluir examen físico completo, tratamiento para problemas de salud agudos y crónicos, exámenes diagnósticos limitados, evaluación dental, educación de salud, servicios de salud mental, y dirección de casos.

- El padre de familia/guardián puede o no estar presente cuando los servicios sean provistos, pero será notificado/a por teléfono o con una nota cuando el estudiante reciba servicios en el Centro de Salud Escolar.
- Todos los documentos del Centro de Salud son confidenciales y solamente el personal del Centro de Salud tendrá acceso a ellos.
- Los servicios en el Centro de Salud serán proporcionados por personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery, o personas que tengan contrato con éste.
- Yo autorizo que se de cualquier información médica u otra que sea necesaria para procesar para reclamos del seguro si se amerita, y autorizo el pago de beneficios médicos por los servicios administrados en el Centro de Salud del Condado de Montgomery.

Yo entiendo la descripción de los servicios y políticas del Centro de Salud mencionados arriba y doy permiso para que mi hijo/a se inscriba y reciba los servicios en el Centro de Salud Escolar de Enlaces para el Aprendizaje. Yo entiendo que este permiso puede ser terminado en cualquier momento dando una nota por escrito.

Firma del Padre de Familia/Guardián _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación con el estudiante _____

Centro de Salud _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
Enlaces del Aprendizaje - Centro de Salud Escolar

Información de Seguro de Salud

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Por favor complete una de los cuadrados de abajo. Por favor provea la tarjeta de seguro, si la tiene.

Su seguro de salud puede ser cobrado. A los padres de familia no se les cobrará.

Mi hijo/a no tiene seguro de salud.

Mi hijo/a tiene Care For Kids.

Mi hijo/a tiene Asistencia Médica. Por favor complete la siguiente información:

Número de la Asistencia Médica de su hijo/a _____

Nombre de la Organización que está a cargo de su hijo/a _____

Nombre del Médico de su hijo/a _____ (Si no lo ha seleccionado, ponga "ninguno")

Número telefónico del Médico _____

Si su niño(a) tiene seguro de salud privado, por favor complete la siguiente información:

Persona que está a cargo del Seguro _____

Relación con el niño(a) _____

de seguro Social de la persona que tiene el Seguro _____

Información de la Compañía de Seguro _____

Nombre del Asegurador _____

Dirección del Seguro _____ Código Postal _____

de Teléfono del Seguro _____

Número del Grupo _____ Número de la Póliza _____

Médico del niño(a) _____ # de teléfono _____

A ningún niño/a se le negará los servicios porque no puede pagar

POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

CENTRO DE SALUD ESCOLAR Y COLEGIO ENLACES DEL
APRENDIZAJE

Consentimiento para administrar medicina sin receta a los estudiantes que
han completado la hoja de inscripción

Las medicinas mencionadas a continuación se encuentran en el Centro De Salud
Escolar Y Colegio. Si su niño(a) está inscrito para los servicios, él o élla pueden
recibir una de esas medicinas, si de acuerdo al juicio de la enfermera
escolar/enfermera práctica éllas puedan se útiles. Usted será notificado por
teléfono o por escrito, si se administro a su niño(a) una de esas medicinas.

Para dar permiso que su niño(a) tome cualquiera de estas medicinas, por favor
marque SI en la parte de abajo. Si usted no desea que su niño(a) reciba una o
màs medicinas, ponga NO.

SUSTITUTO DE LA ASPIRINA (acetominofén {Tylenol}) ____SI ____NO
para fiebre mayor que 100° y/o dolor /incomodidad.

ANTIISTAMINICO (maleato de clorofenitamine) ____SI ____NO
reacción alérgica y/o congestión nasal

ANTIISTAMINICO (hidrocloro de difenidramine {Benadryl}) ____SI ____NO

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Firma del padre/madre _____ Fecha ____ / ____ / ____ Grado _____

SCHOOL BASED HEALTH AND WELLNESS CENTER

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> (circule)
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente: _____	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otros idiomas se hablan en la casa? _____	
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ VIH/SIDA No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Intentos Suicidas/Problemas Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad del Corazón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Presión alta/Derrame No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Colesterol Alto No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell" No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Convulsiones No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Alergias/Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Cáncer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Defectos de Nacimiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Pérdida de Audición No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de habla No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades Renales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Abuso de Alcohol/ Droga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad de la Tiroide No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD") No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Violencia Doméstica _____ Otras: _____		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Varicela (año) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel/Eczema No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Asma/Alergias No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Alta No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón/Vejiga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Físicos o de Aprendizaje No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Comportamiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Depresión/Pensamientos Suicidas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/Cirugías No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas en las Coyunturas/Huesos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Obesidad/Trastornos Alimenticios No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otras: _____ Lista de Medicamento/s que toma: _____	
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____	



SPANISH

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
(*Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page*)
Síntesis y Página de Firma de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad

¿Qué es la Notificación sobre Prácticas de Privacidad?

La ley nos exige que le proporcionemos una notificación de nuestras prácticas sobre privacidad. Encontrará el texto completo de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad adjunto a la presente. El objeto de la *Notificación* es informarle sobre:

- nuestra obligación legal de proteger su información;
- la manera en que compartiremos su información sin su permiso escrito;
- los derechos que usted tiene con respecto a su información;
- con quién se puede comunicar usted para formular preguntas, presentar una solicitud o poner una queja.

¿Cómo compartiremos su información?

Nuestro Departamento brinda diversos servicios de salud, apoyo financiero y servicios sociales. Para poder brindarlos, debemos conocer su información personal que puede incluir datos sobre salud, financieros y de otra clase que lo/la identifiquen. A fin de mantener protegida su información sólo la compartiremos cuando la ley nos permita o nos exija hacerlo. Compartiremos su información cuando sea necesario para:

- Brindarle tratamiento y servicios coordinados, y de alta calidad.
Por ejemplo: comunicaremos información entre programas para referirlo(la) a otros servicios, establecer la elegibilidad o elaborar un plan de atención.
- Obtener pago por los servicios. Por ejemplo: mandar cobros a Medicaid.
- Administrar nuestros servicios y programas. Por ejemplo: revisar la calidad de los servicios que recibe.

La *Notificación* adjunta enumera otros motivos por los que podremos compartir su información. Si nos resulta necesario compartir su información por motivos que no están enumerados, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene otros derechos relativos a su información que se enumeran en la página 4 de la *Notificación*.

Con quién puede hablar para solicitar más Información:

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, desea hacer un pedido con relación a su información o tiene alguna duda o preocupación sobre su privacidad, comuníquese con el empleado de nuestro departamento que trabaja con usted o con el Funcionario de Privacidad al 240 777- 3050. Al final de la *Notificación* se incluye información adicional de a quién recurrir para solicitar más información.

Acuse de recibo del texto completo de la *Notificación*:

Cliente o Representante Autorizado (Firme en este espacio)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del representante del DHHS

Firma del intérprete / traductor, si corresponde

Si no puede acusar recibo, especifique el motivo: _____



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DEL CONDADO DE MONTGOMERY
(NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)
NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

SPANISH

ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y OTRA INFORMACIÓN PERSONAL, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CON ATENCIÓN.

Nuestros servicios y la información que recabamos

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery (DHHS, por su sigla en inglés) es una agencia muy grande que brinda multitud de servicios, incluyendo servicios de salud, salud mental, relativos al abuso de sustancias, al bienestar de menores, ayuda financiera y otros servicios sociales. A fin de brindarle estos servicios, el equipo del DHHS le pedirá datos personales que serán registrados en su expediente. Esta información puede incluir:

- Información que lo/la identifique, tal como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y número de seguro social.
- Información financiera, que abarca información sobre sus ingresos, sus cuentas bancarias y otros bienes, y la cobertura de seguro que tenga.
- Información de salud protegida, que incluye información que nos habla de su salud pasada, presente o futura, o de su tratamiento de salud mental.
- Información sobre los beneficios o servicios que usted recibe en la actualidad, o ha recibido en el pasado.

Nuestras responsabilidades

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de la información sobre su salud y otra información personal, y nosotros respetamos dichas leyes. Adoptaremos las medidas razonables para mantener protegida su información y utilizaremos (cuando compartimos dentro del DHHS) y divulgaremos (cuando compartimos con personas fuera del DHHS) su información, sólo cuando sea necesario para llevar a cabo nuestro trabajo y en la medida en que lo permita o exija la ley.

Si nos resulta necesario utilizar o divulgar su información por motivos distintos de los enumerados más abajo, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene el derecho de suspender cualquier permiso escrito que nos haya otorgado. Si usted suspende su permiso, la suspensión no se aplicará a los casos en los que ya hayamos utilizado o divulgado su información de acuerdo con su permiso.

La ley nos exige que le proporcionemos una *Notificación de Prácticas sobre Privacidad* y que respetemos sus términos. Tenemos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta *Notificación* y de aplicar dichas modificaciones a toda la información médica y otra información personal que esté en nuestro poder. Le comunicaremos las modificaciones que hagamos a nuestras prácticas de privacidad en su próxima visita a nuestras oficinas. En las salas de espera y en el sitio web del DHHS, www.montgomerycountymd.gov, encontrará siempre una versión actualizada de nuestra *Notificación*.

De qué manera podemos utilizar y divulgar información *sin* su permiso escrito

- **En caso de tratamiento y servicios:**
El personal del DHHS que trabaja con usted puede utilizar su información médica y otra información personal cuando sea necesario para brindarle un tratamiento y servicios coordinados. Ejemplos:
 - Si usted se atiende en una de nuestras clínicas y desea solicitar otros servicios, tales como asistencia para la vivienda o apoyo financiero, su trabajador social le puede ayudar a

acceder a dichos servicios refiriéndolo a otras agencias de servicio y compartiendo información sobre su elegibilidad con esas agencias.

- Si usted recibe más de un servicio del DHHS, los trabajadores sociales que se ocupan de su caso se podrán comunicar entre sí a fin de elaborar un plan de servicio coordinado, junto con usted, cuando corresponda.

El personal del DHHS que trabaja en los siguientes programas no compartirá información del programa sobre usted con el personal que le brinda servicios en otros programas, sin su permiso escrito:

- Programas de Tratamiento para el Abuso de Alcohol o Drogas
- Programas de Violencia Doméstica, Agresión Sexual o Asistencia a las Víctimas
- Programas del DHHS que guardan registros que se consideran "expedientes educativos" de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974.

El personal del DHHS compartirá su información con personas *externas* a la agencia del DHHS en caso de tratamiento o servicios únicamente con su permiso escrito o cuando así lo permitan las leyes federales o estatales. Por ejemplo, las leyes federales y estatales permiten a nuestro personal del DHHS que le brinda atención médica, que compartan la información sobre su salud con proveedores de atención médica externos que también se encargan de su tratamiento.

- **Con fines de pago:** Podemos utilizar o divulgar información sobre su salud y otra información personal cuando sea necesario para cobrar los servicios de salud y de salud mental que usted recibe. Por ejemplo, podemos utilizar su información para mandar cobros a Medicaid o a Medicare por el tratamiento que usted recibió.
- **Para Operaciones Administrativas o de Cuidado de la Salud:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud y otra información personal a fin de administrar nuestros programas o actividades. Por ejemplo, el personal del DHHS o los auditores externos pueden leer su expediente para revisar la calidad de los servicios que usted recibe a través de nuestro departamento.
- **Para Hacer Citas o Notificaciones:** Puede ser necesario que nos comuniquemos con usted o su representante para programar o recordarle una cita, para solicitarle que llene formularios, para informarle sobre otros beneficios o servicios relacionados en los que puede estar interesado, o para comunicarnos en una emergencia.
- **Para nuestros Asociados Comerciales:** Tenemos convenios con personas externas al DHHS por los cuales nos brindan servicios administrativos y de apoyo, tales como servicios financieros o jurídicos, análisis de datos y revisiones de acreditación y garantía de calidad. Estas personas se denominan asociados comerciales. Podemos divulgar su información a estos asociados a fin de que puedan llevar a cabo los servicios que les hemos solicitado. Sin embargo, exigimos a nuestros asociados comerciales que mantengan protegida su información.
- **Para su Familia, Amigos y Otras Personas que se Ocupan de su Atención:** Podemos divulgar la información de salud a su familia o a otras personas que se ocupan de su atención médica. Por ejemplo, podemos analizar su estado médico con su hija o hijo mayor de edad que está tramitando su atención domiciliaria. Si usted no desea que compartamos esta información con su familia, puede solicitarnos que no lo hagamos. No compartiremos con su familia la información sobre su salud mental o sobre sus antecedentes o tratamiento por abuso de drogas a menos que usted nos otorgue una autorización por escrito.
- **Para los Programas del Gobierno:** Podemos divulgar información sobre su salud y otra información personal para determinar si usted es elegible para obtener otros beneficios o participar en otros programas del gobierno, como por ejemplo los beneficios del Seguro Social.
- **Para Actividades de Salud Pública:** Podemos utilizar o divulgar la información de salud acerca de usted para actividades de salud pública. Por ejemplo, si usted ha estado expuesto a una enfermedad transmisible

(como por ejemplo una enfermedad de transmisión sexual), podemos informar al Estado y adoptar otras medidas para evitar la proliferación de esa enfermedad.

- **Para Informes e Investigaciones sobre Abuso y Abandono:** La ley nos exige que reportemos los casos de sospecha de abuso o abandono de menores o de adultos vulnerables, que incluye a los adultos que son víctimas de abuso tanto como los niños.
- **Para Evitar Daños:** En determinadas circunstancias, el DHHS puede divulgar su información de salud y otra información personal a personal de seguridad o policía. Por ejemplo, si usted lesiona a un integrante de nuestro personal o a otro cliente, si usted provoca daños a nuestra propiedad o si nuestro personal profesional cree que es probable que usted provoque daños graves a otros o a usted mismo, nos comunicaremos con personal de seguridad o la policía. El DHHS también puede divulgar información de su salud y otra información personal en caso de amenaza pública, como un ataque terrorista o una catástrofe.
- **Para los médicos forenses, directores de funerarias, examinadores médicos o para donación de órganos:** El DHHS puede divulgar información de salud relacionada con un fallecimiento a los médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, así como a las organizaciones autorizadas que se ocupan de donaciones o transplantes de órganos, ojos o tejidos.
- **Para fines de investigación:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud para fines de investigación médica, en ciertas circunstancias. En algunos casos, será necesario su permiso escrito. En los estudios e informes de investigación no se identificará a las personas por su nombre.
- **Para procesos judiciales:** La ley o una orden judicial puede exigirnos que brindemos información sobre usted a una corte o tribunal.
- **Cuando lo exija la ley:** Si una ley o reglamento exige que divulguemos su información de salud u otra información personal, debemos hacerlo.

De qué manera podemos utilizar o divulgar información sobre Programas para el Abuso de Alcohol o Drogas

La confidencialidad de los registros de tratamiento por abuso de alcohol y drogas está protegida de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales. En general, no utilizaremos ni divulgaremos la información relativa a su tratamiento por abuso de alcohol o de drogas a menos que:

- usted nos haya otorgado permiso escrito;
- la divulgación esté permitida por orden judicial;
- la divulgación sea hecha a personal médico en una emergencia médica, o a personal calificado que trabaja en una investigación, una auditoría o un programa de evaluación.

Sus derechos con respecto a su información

Usted tiene el derecho de:

- Tener una copia de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad. Esta notificación está disponible en otros formatos, si es solicitada.
- Solicitarnos que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente del que utilizamos como rutina. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por teléfono o correo electrónico a su trabajo en lugar de hacerlo a su casa.
- Ver, revisar y recibir una copia de la información que mantenemos acerca de usted. *Usted debe formular esta solicitud por escrito y se le podrá cobrar un arancel que cubra el costo de fotocopiar su expediente.* Existen algunas situaciones en las que no podemos otorgarle el derecho de revisar sus expedientes o de obtener una copia de los mismos. En estos casos, le explicaremos por qué hemos adoptado esa decisión y cómo puede solicitar la revisión de una decisión en que se le hayan negado servicios, o cómo presentar una queja.

- Solicitar que su información sea modificada (cambiada) si cree que la información con la que contamos es errónea o está incompleta. *Debe realizar este procedimiento por escrito.* En algunos casos, no se nos exige que introduzcamos la modificación. Si decidimos no hacer la modificación, le explicaremos por qué y le informaremos su derecho de presentar una declaración escrita en la que manifieste su desacuerdo con la negativa.
- Recibir un resumen (un listado detallado) de los casos en que hemos divulgado su información a partir del 14 de abril de 2003. Este listado no incluirá los casos en que compartimos información con fines terapéuticos, de pago o de operaciones de cuidado de la salud, ni los casos en que divulgamos información con su permiso. *Debe formular este pedido por escrito.*
- Solicitar que no compartamos información médica con un miembro de su familia o con otras personas que se ocupan de su atención.
- Solicitar que no utilicemos ni divulguemos su información para fines de tratamiento/servicio, de pago, o de operaciones de atención médica. *Estas solicitudes deben formularse por escrito.* No estamos obligados a acceder a estas solicitudes, pero si lo hacemos, debemos cumplir el acuerdo con usted, a menos que sea necesario divulgar la información para un tratamiento de emergencia. Si no podemos aceptar su solicitud, le explicaremos porqué.
- Presentar una queja o reportar un problema

Cómo presentar una solicitud

Si usted tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o quiere solicitar cualquiera de las posibilidades presentadas arriba, comuníquese con el empleado de nuestro Departamento que trabaja con usted, o con nuestro Funcionario de Privacidad en la dirección que figura al pie de esta notificación. Por favor, utilice el *Formulario de Solicitud de Usuario del DHHS* para las solicitudes que deben presentarse por escrito. Puede obtener el formulario en cualquier oficina del DHHS o comunicándose con nuestro Funcionario de Privacidad.

Para presentar una queja o reportar un problema

Para presentar una queja o reportar un problema sobre la forma en que hemos utilizado o divulgado información acerca de usted, comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad en la siguiente dirección:

Funcionario de Privacidad
Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
401 Hungerford Drive
Rockville, MD 20850
240-777-3050 (Voz) 240-777-1398 (TTY)

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja o por cooperar con una investigación ni se afectarán en modo alguno los beneficios o servicios que usted recibe.

Si su queja o sus dudas se relacionan con la forma en que hemos utilizado o divulgado su *información de salud*, también se puede comunicar con:

Región III, Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
150 S. Independence Mall West, Suite 372
Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106-9111
215-861-4441 (voz) 215-861-4441 (TDD) 1-800 368-1019 (Línea Directa)