



Developmental Pediatrics
Boston Children's Health Physicians
Until every child is well™

REGISTRO DE NUEVOS PACIENTE Y PAQUETE DE ADMISIÓN

Quando sus formularios estén completos, envíelos a:

Correo electrónico: DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org,

Fax: 914-345-1752

O por correo: 400 Columbus Avenue, Suite 190E,
Valhalla, NY 10595

**PARA QUE NOSOTROS PROGRAMEMOS UNA CITA PARA USTED,
NOSOTROS NECESITAMOS LO SIGUIENTE:**

- **COPIA DEL FRENTE Y DEL DORSO DE LAS TARJETAS DE SEGURO**
 - **REMISIÓN DE MÉDICO A MÉDICO**
 - **PAQUETE PARA PACIENTE NUEVO**

IMPORTANTE: Actualmente estamos colocando a todos los pacientes en una lista de espera. Una vez que haya una cita disponible, la oficina darle una llamada para programar una cita. Tenga en cuenta que requerimos que se envíe el paquete lo antes posible con la copia de la tarjeta del seguro y la referencia del pediatra para agregar al paciente a nuestra lista de espera.



Developmental Behavioral Pediatrics Boston Children's Health Physicians

Office Address 19 Bradhurst Ave. Suite 2400N, Hawthorne NY 10532
Mailing Address 400 Columbus Ave. Suite 190 East, Valhalla, NY 10595
914-304-5250 | fax 914-345-1752
DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org | www.bchphysicians.org

Gracias por elegir a la **División de Pediatría del Desarrollo** de **Boston Children's Health Physicians** para el cuidado de su hijo. Para ayudarlo a continuar siendo una parte activa del equipo de atención médica de su hijo, queremos aprovechar esta oportunidad para compartir con usted algunos aspectos de cómo funciona nuestra oficina.

Nuestros teléfonos son atendidos los días laborables de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Si se comunica con nuestro buzón de voz durante el horario de oficina, eso significa que todos los recepcionistas están en otra llamada, pero si deja un mensaje, se le devolverá la llamada.

Si necesita hablar con su médico, llame durante el horario de atención. En las noches, fines de semana y feriados, nuestro sistema telefónico no graba mensajes. Las renovaciones de recetas no se pueden registrar fuera del horario de atención o en días festivos.

Si su hijo está tomando medicamentos:

- En una visita aquí, su médico hablará con usted cuando su hijo necesita regresar para una visita de seguimiento; muy a menudo, la renovación del medicamento de su hijo puede verse afectada por si se ha cumplido o no una cita de seguimiento solicitada, o si se ha programado una cita de seguimiento solicitada; creemos que no es una buena práctica médica renovar los medicamentos sin ver al niño con regularidad.
- Si necesita una recarga, siga las instrucciones del sistema telefónico. Llame mientras aún tenga entre 5 y 7 días de medicamento, ya que es posible que no podamos responder a una solicitud de reabastecimiento el mismo día. Por favor, espere entre 24 y 48 horas para procesar su solicitud.
- Además, tenga en cuenta que las regulaciones del estado de Nueva York pueden prohibirnos agregar resurtidos a ciertas recetas de medicamentos.

Si su hijo es menor de 18 años y alguien que no sea el padre lo lleva a visitarlo, debe traer a la visita una nota escrita del padre autorizando a la persona que acompaña a su hijo.

Para proteger la confidencialidad de los registros de su hijo, no podemos divulgar los registros ni hablar sobre su hijo con nadie más que con los padres, a menos que tengamos un formulario de divulgación firmado por la HIPAA en el archivo. Los pacientes que tienen 18 años o más se consideran adultos y deben autorizar a sus padres a participar en su atención o recibir registros.

Queremos asegurarnos de que su hijo sea atendido a tiempo para una cita programada. Asegúrese de registrarse para su cita al menos 15 minutos antes de la hora programada, ya sea que su cita esté programada para una visita en el consultorio o mediante telesalud. Su hijo debe estar presente para la cita, a menos que el médico lo especifique.

Por último, los siguientes formularios de inscripción y admisión deben devolverse antes de que se programe la cita. Envíe estos formularios por fax al 914-345-1752 o por correo electrónico, DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org.

Si tiene documentos adicionales que proporcionar, envíelos junto con estos formularios.

Gracias,
División de Pediatría del Desarrollo

**BCHP Developmental Pediatrics
Registration Packet**

Nombre del Paciente: _____
Patient Name

Dirección del paciente: _____
Patient Address

Dirección de correo electrónico: _____
Email Address

Médico de atención primaria: _____
Primary Care Physician

Padre / Garante # 1: _____
Parent / Guarantor #1

Dirección postal: _____
Address

Dirección de correo electrónico: _____
Email Address

Padre / Garante # 2: _____
Parent / Guarantor #2

Dirección postal: _____
Address

Dirección de correo electrónico: _____
Email Address

Nombre del contacto de emergencia: _____
Emergency Contact Name

Número de teléfono: _____
Phone Number

Relación con el paciente: _____
Relationship to Patient

Fecha de hoy: _____
Today's date

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Sexo: Hombre Mujer
Gender: Male Female

Teléfono de casa: _____
Home Phone

Teléfono celular: _____
Cell Phone

Teléfono: _____
Phone

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Relación: _____
Relationship

Teléfono preferido: _____
Preferred Phone

Teléfono alternativo: _____
Alternative Phone

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Relación: _____
Relationship

Teléfono preferido: _____
Preferred Phone

Teléfono alternativo: _____
Alternative Phone

INFORMACIÓN DEL SEGURO *INSURANCE INFORMATION*

Nombre del seguro primario: _____ Fecha de vigencia: _____
Primary Insurance Name Effective Date

Dirección del seguro: _____
Insurance Address

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____
Member ID # Group #

Nombre del titular de la tarjeta *Cardholder Name*: _____

Titular de la tarjeta fecha de nacimiento *Cardholder DOB*: _____ Sexo *Gender*: M F

Nombre del seguro secundario: _____ Fecha de vigencia: _____
Secondary Insurance Name Effective Date

Dirección del seguro: _____
Insurance Address

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____
Member ID # Group #

Nombre del titular de la tarjeta *Cardholder Name*: _____

Titular de la tarjeta fecha de nacimiento *Cardholder DOB*: _____ Sexo *Gender*: M F

Empleador *Employer*: _____

Dirección del empleado *Employer Address*: _____

Divulgación de información y cesión de beneficios *Release of Information and Assignment of Benefits*

Por la presente autorizo a BCHP a divulgar información sobre el tratamiento o los servicios prestados a Medicare u otras compañías de seguros responsables de mi atención o la de mis dependientes. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare / otra compañía de seguros se realice a mí o en mi nombre a BCHP por cualquier servicio prestado. Se me ha informado que si mi seguro requiere un copago, debe pagarlo en el momento de mi visita. De lo contrario, se agregará un recargo de \$ 15 a mi factura.

I hereby authorize BCHP to release information regarding treatment or services rendered to Medicare/other insurance carriers responsible for my or my dependent's care. I request that payment of authorized Medicare/ other insurance company benefits be made to either me or on my behalf to BCHP for any services rendered. I have been advised that if my insurance requires a co-pay, it is due at the time of my visit. Otherwise, a \$15 surcharge will be added to my bill.

*Firma del paciente o representante autorizado
Signature of Patient or Authorized Representative*

*Fecha
Date*

TARJETAS DE SEGURO *INSURANCE CARDS*

Las tarjetas de seguro deben presentarse en cada visita. Si no presenta la tarjeta del seguro en el momento de la visita, será responsable del pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP.

Insurance cards must be presented at each visit. If you do not present the insurance card at the time of the visit, you will be responsible for the payment of services rendered by Boston Children's Health Physicians, LLP.

BCHP Developmental Pediatrics
Registration Packet

REFERENCIAS REFERRALS

Tenga en cuenta que una referencia completa de su proveedor de atención primaria para que los servicios se facturen a su compañía de seguros por cada servicio prestado. Comuníquese con su proveedor de atención primaria para obtener una remisión.

Si no recibimos la derivación adecuada, usted será responsable del pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP.

Please be advised that a completed referral from your primary care provider in order for services to be billed to your insurance company for each service rendered. Please contact your primary care provider to obtain a referral.

If we do not receive the appropriate referral, you will be responsible for payment of services rendered by Boston Children's Health Physicians, LLP.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) *Name of Patient*

Fecha de nacimiento *Date of Birth*

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) *Name of Parent/Guardian*

Relación con el paciente *Relationship to Patient*

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o padre/tutor
Signature of Patient (if over 18) or Parent/Guardian

Fecha de hoy *Today's Date*

El gobierno federal está pidiendo a todos los médicos que recopilen información sobre la raza y el origen étnico para controlar la calidad de la atención médica y para garantizar que todos los pacientes, independientemente de su raza y origen étnico, reciban la mejor atención posible. Estamos comprometidos a brindar atención médica integral y culturalmente sensible, y la recopilación de esta información también nos brinda información que puede ayudarnos a servir mejor a su familia. Si decide proporcionarnos esta información, mantendremos su identidad confidencial.

The federal government is asking all physicians to collect race and ethnicity information to monitor the quality of medical care and to ensure that all patients, regardless of race and ethnicity, get the best care possible. We are committed to providing culturally-sensitive, whole-person medical care and collecting this information also gives us information that can help us serve your family better. If you choose to provide us with this information, we will keep your identity confidential.

Con esto en mente, le pedimos que complete lo siguiente. Si opta por no participar, indíquelo a continuación.
With this in mind, we ask that you complete the following. If you choose not to participate, please indicate it below.

¿Qué categoría describe mejor la raza del paciente? *Which category best describes the patient's race?*

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
<i>American Indian or Alaska Native</i> | <input type="checkbox"/> Asiático
<i>Asian</i> | <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano
<i>Black/African American</i> |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
<i>Native Hawaiian or Other Pacific Islander</i> | <input type="checkbox"/> Blanco
<i>White</i> | <input type="checkbox"/> Otro
<i>Other</i> |

¿Qué categoría describe mejor la etnia del paciente? *Which category best describes the patient's ethnicity?*

- | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino
<i>Hispanic/Latino</i> | <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino
<i>Non-Hispanic/Latino</i> | | | |
| <i>Si es Hispano/Latino:</i>
<i>If Hispanic/Latino:</i> | <input type="checkbox"/> Mexicano
<i>Mexican</i> | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño
<i>Puerto Rican</i> | <input type="checkbox"/> Cubano
<i>Cuban</i> | <input type="checkbox"/> Otro
<i>Other</i> |

Idioma Preferido: Inglés Español Otro: _____
Preferred Language: English Spanish Other

No deseo proporcionar esta información *I do not wish to provide this information*

**RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, Y
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Reconozco que he leído lo anterior y soy responsable de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP. Entiendo que soy responsable del pago puntual de cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro. Entiendo que los copagos vencen al momento del check-in. Los adolescentes que acudan solos deberán estar preparados para liquidar sus visitas en el momento del servicio.

Autorizo a BCHP a divulgar información a Medicare/otras compañías de seguros responsables de mi atención o la de mis dependientes. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare/ otra compañía de seguros se haga a mí o en mi nombre a BCHP por cualquier servicio prestado.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar y enviar por correo directamente a BCHP todos los beneficios médicos por el pago de los servicios prestados. También autorizo a BCHP a endosar cualquier cheque recibido en mi nombre para el pago de los servicios prestados. Por la presente asigno irrevocablemente a BCHP todos los beneficios bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o cualquier fuente colateral según lo define el estatuto para los servicios prestados. Esta cesión incluye todos los derechos para cobrar los beneficios directamente de mi compañía de seguros y todos los derechos para proceder contra mi compañía de seguros en cualquier acción, incluida la demanda legal, si por alguna razón mi compañía de seguros no realiza el pago de los beneficios adeudados. Esta cesión también incluye todos los derechos para recuperar los honorarios de abogados y los costos de dicha acción presentada por el proveedor como mi cesionario.

Me he presentado voluntariamente para recibir atención médica y doy mi consentimiento para dicha atención y tratamiento médicos, incluidos los procedimientos y pruebas de diagnóstico que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios. Durante el tratamiento, entiendo y reconozco que no se ha hecho ni se hará ninguna garantía en cuanto al resultado o cura del tratamiento. Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico porque soy el paciente o soy el padre/tutor del paciente.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta)

Relación con el paciente

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o padre/tutor

Fecha

USO DE CORREO DE VOZ, CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJERÍA DE TEXTO

El correo de voz, el correo electrónico y los mensajes de texto ofrecen una manera fácil y conveniente de comunicarse, pero no es lo mismo que llamar al consultorio de su médico. No puede saber cuándo se leerá o responderá su mensaje, o incluso si su médico está disponible o de vacaciones. Boston Children's Health Physicians, LLP ("BCHP") se comunicará con nuestros pacientes (o sus padres o tutores) por correo de voz, correo electrónico y/o mensaje de texto *solo* si recibimos su acuerdo con los términos establecidos en este Consentimiento. Su consentimiento a estos términos se aplicará a todos los proveedores clínicos de BCHP, así como al personal no clínico de BCHP que esté involucrado en su atención, programación, facturación y otras actividades.

- El uso del correo de voz, correo electrónico y/o mensaje de texto nunca es apropiado para casos urgentes o de emergencia. ¡problemas de salud! Debe llamar al consultorio de su médico o ir a un hospital Emergencia Departamento.
- El correo de voz, el correo electrónico y/o los mensajes de texto no deben usarse como sustitutos de las comunicaciones cara a cara. consulta médica con su médico y queda a discreción exclusiva de su médico.
- El correo de voz, correo electrónico y/o mensaje de texto es apropiado para comunicarse con respecto a la rutina. asuntos que no requieren mucha discusión, como solicitudes de resurtido de recetas, referencias y solicitudes de programación de citas y preguntas sobre facturación/seguro. BCHP puede utilizar correo de voz, correo electrónico y/o mensaje de texto a su discreción para enviarle información sobre nuestro práctica y servicios, incluidos recordatorios de citas, nuestros programas para pacientes y nuevos servicios.
- Su uso del correo de voz, correo electrónico y/o mensaje de texto no es confidencial y puede no ser encriptado. Es como enviar una postal por correo. Nuestro personal (clínico y no clínico) puede leer o escuchar sus correos de voz, correos electrónicos y/o mensajes de texto en el curso de su obligaciones laborales. Si envía correos electrónicos o mensajes de texto a través de una cuenta de trabajo, su empleador puede tener el derecho legal de leer su correo electrónico o mensajes de texto.
- El correo de voz, el correo electrónico y/o el correo de mensajes de texto nunca deben usarse para comunicar información confidencial. información médica, como información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, discapacidad del desarrollo o abuso de sustancias.
- El correo de voz, el correo electrónico y/o los mensajes de texto pueden convertirse en parte del registro médico cuando contiene información clínica, y creemos que es apropiado incluirla en el registro. En tal caso, el mensaje puede conservarse en el registro de salud del paciente.

Consentimiento para el uso de correo de voz, correo electrónico y texto para comunicaciones de BCHP

*Oficinas de Nueva York

Al firmar a continuación, autorizo a BCHP y a sus socios comerciales a comunicarse conmigo por correo de voz, correo electrónico automatizado y mensaje de texto SMS para recordarme las próximas citas y proporcionar comunicaciones/información general sobre salud, incluidos, entre otros, recordatorios de saldo y estado de la cuenta. Si en algún momento proporciono un número de teléfono, un correo electrónico o una dirección de texto en la que me puedan contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica en ese correo de voz, correo electrónico o mensaje de texto.

habla a. Entiendo que esta solicitud de recibir correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras y comunicaciones/información de salud general.

Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados a través de BCHP y sus socios comerciales a mi teléfono celular.

Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a BCHP y sus socios comerciales a enviarme correos electrónicos y mensajes de texto como parte de este programa y que puedo optar por no recibir estas comunicaciones de BCHP y sus socios comerciales en cualquier momento. Si decido no recibir mensajes de texto o correo electrónico, BCHP utilizará el número de teléfono que proporcioné para comunicarse conmigo y me aseguraré de que BCHP tenga el número de teléfono correcto en todo momento.

Entiendo que el correo de voz, el correo electrónico y los mensajes de texto no son formatos seguros de comunicación. Existe cierto riesgo de que la información de salud identificable individualmente u otra información confidencial contenida en dicho correo de voz, correo electrónico y texto pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. La información incluida en el correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto puede incluir la fecha/hora de las citas, el nombre del médico, el número de teléfono del médico o comunicaciones/información general relacionada con la salud. BCHP y sus socios comerciales utilizarán sus esfuerzos de buena fe para utilizar la cantidad mínima necesaria de información de salud protegida en cualquier comunicación.

Al firmar a continuación, indico que (1) soy un paciente o padre/tutor del niño menor de edad o persona que no tiene la capacidad de dar su consentimiento para su tratamiento que se detalla a continuación; (2) soy el usuario principal del número de teléfono móvil y el correo electrónico que se indican a continuación; (3) entiendo que todos y cada uno de los mensajes de correo de voz enviados se enviarán al número de teléfono móvil que se proporciona a continuación, a menos que proporcione un número diferente; (4) Entiendo el riesgo explicado anteriormente y doy mi consentimiento para recibir correos de voz, correos electrónicos y mensajes de texto a través de tecnología automatizada de BCHP y sus socios comerciales al número de teléfono, la dirección de correo electrónico y la dirección de mensajes de texto que proporcioné.

Entiendo que si soy el padre/tutor de un niño menor de edad de trece (13) años o más, el menor puede optar por participar y eliminar al padre/tutor de estas comunicaciones de BCHP y sus socios comerciales.

 Nombre del paciente (letra de imprenta)

 Fecha de nacimiento

 Nombre del padre/tutor (letra de imprenta)

 Relación con el paciente

 Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o padre/tutor

 Fecha

 Dirección de correo electrónico

 Número de teléfono móvil

Consentimiento del **paciente menor de edad para el uso de correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto para comunicaciones de BHP**
*Oficinas de Nueva York

Si es un paciente que reside en Nueva York y tiene trece (13) años de edad o más, puede optar por participar y eliminar a su padre/tutor de las comunicaciones/información relacionadas con la atención médica, incluidos, entre otros, recordatorios de saldo y estado de la cuenta, a través de correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto de BHP y sus socios comerciales.

Tenga en cuenta que el correo de voz, el correo electrónico y los mensajes de texto no son formatos seguros de comunicación. Existe cierto riesgo de que la información de salud identificable individualmente u otra información confidencial contenida en dicho correo de voz, correo electrónico y texto pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por terceros no autorizados.

La información incluida en el correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto puede incluir la fecha/hora de las citas, el nombre del médico, el número de teléfono del médico o comunicaciones/información general relacionada con la salud. BHP y sus socios comerciales utilizarán sus esfuerzos de buena fe para utilizar la cantidad mínima necesaria de información de salud protegida en cualquier comunicación. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados a través de BHP y sus socios comerciales a su teléfono celular.

No tiene la obligación de autorizar a BHP y sus socios comerciales a enviarle correos electrónicos y mensajes de texto como parte de este programa y puede optar por no recibir estas comunicaciones de BHP y sus socios comerciales en cualquier momento. Si opta por no recibir mensajes de texto o correo electrónico, BHP utilizará el número de teléfono que proporcionó para comunicarse con usted, así que asegúrese de que BHP tenga el número de teléfono correcto en todo momento.

Al firmar a continuación, autoriza a BHP y a sus socios comerciales a comunicarse con usted o sus padres/tutores por correo de voz, correo electrónico automatizado y mensaje de texto SMS para recordarle las próximas citas y proporcionar comunicaciones/información de salud general. Si en algún momento proporciona un número de teléfono, una dirección de correo electrónico o de texto en la que se le pueda contactar, acepta recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica en ese correo de voz, correo electrónico o dirección de texto. Esta solicitud para recibir correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras y comunicaciones/información de salud general.

Tenga en cuenta que si a su seguro se le factura el tratamiento en cuestión, la compañía de seguros puede enviar comunicaciones sobre su tratamiento en BHP a la dirección indicada del titular de la póliza del padre o tutor.

Tenga en cuenta también que los cargos en una tarjeta de crédito se muestran en el estado de cuenta mensual del titular de la tarjeta.

Al firmar a continuación, usted indica que (1) es un paciente que reside en Nueva York y tiene trece (13) años de edad o más; (2) usted o su padre/madre/tutor es el usuario principal del número de teléfono móvil y el correo electrónico que se indican a continuación; (3) Usted comprende que todos y cada uno de los mensajes de correo de voz enviados se enviarán al número de teléfono móvil que se proporciona a continuación, a menos que proporcione un número diferente; (4) Usted comprende el riesgo explicado anteriormente y acepta recibir correos de voz, correos electrónicos y mensajes de texto a través de tecnología automatizada de BHP y sus socios comerciales al número de teléfono, la dirección de correo electrónico y la dirección de mensajes de texto que proporcionó.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono móvil

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta)

Relación con el paciente



**Developmental
Behavioral Pediatrics**
Boston Children's Health Physicians

Office Address 19 Bradhurst Ave. Suite 2400N, Hawthorne NY 10532
Mailing Address 400 Columbus Ave. Suite 190 East, Valhalla, NY 10595
914-304-5250 | fax 914-345-1752
DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org | www.bchphysicians.org

Estimado Padre/Tutor: *Dear Parent/Guardian:*

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda y envíelo por correo electrónico o fax antes de su visita. Si tiene alguna pregunta sobre un elemento específico de información que se le solicita, puede llamar antes de su cita, ya que la información que se va cubrir durante la visita.

Please answer the following questions as best as you can, and send it via email or fax prior to your visit. If you have any questions about a specific item of information being asked, you can call before your appointment as the information will be covered during the visit.

Gracias. *Thank You.*

Nombre del Niño *Name of Child:* _____

Fecha de Nacimiento *Date of Birth:* _____

¿Qué preocupaciones tiene sobre su hijo? *What concerns do you have about your child?*

- desarrollo** *development* **aprender** *learning* **habla/lenguaje** *speech/language*
 atención *attention* **comportamiento** *behavior*

Describa brevemente sus inquietudes *Please describe your concerns briefly:*

Diagnósticos actuales o previos (si los hay) *Current or prior diagnoses (if any):*

MEDICATIONS *MEDICAMENTOS*

Medicamentos actuales *Current medications:* _____

Medicamentos previos *Prior medications:* _____

ALLERGIES *ALERGIAS*

¿Su hijo tiene alergias conocidas a alimentos o medicamentos? Sí *Yes* No *No*
Does your child have known allergies to food or medication?

En caso afirmativo, enumere *If yes, please list:* _____

HISTORIA DE NACIMIENTO BIRTH HISTORY

Peso del niño al nacer *Child's weight at birth:* _____ lbs. lbs. _____ onz. oz.

¿Cuántas semanas de gestación? *How many weeks of gestation?* _____ semanas weeks

¿Qué tipo de parto tuviste? *What type of delivery did you have?*

- Parto vaginal *Vaginal delivery:* normal/espontáneo *normal/spontaneous*
 Pitocina-inducida *Pitocin-induced*

Cesárea *Cesarean Section:*

Si es así, ¿se debió a *If so, was this due to* repetir *repeat* sufrimiento fetal *fetal distress*

¿Qué edad tenía la madre en el momento del parto? *Mother's age at delivery?* _____ años years

¿Qué número de embarazos fue este? *What number pregnancy was this?* _____

¿Qué número de entrega fue este? *What number delivery was this?* _____

¿Hubo algún problema médico materno durante el embarazo? Sí Yes No No

Were there any maternal medical problems during the pregnancy?

En caso afirmativo, ¿cuál fue/fueron el(los) problema(s)? *if yes, what was/ were the problem(s)?*

¿Se tomó algún medicamento durante el embarazo? *Were there any medications taken during the pregnancy?* Sí No

Si es así, ¿qué medicamento(s) y por qué? *If yes, what medication(s) and why?*

¿Estaba su hijo en la UCIN? *Was your child in the NICU?* Sí Yes No No

Si sí, por cuántos días y por qué? *If yes, for how long and why?* _____ Dias days

HISTORIA DEL DESARROLLO DEVELOPMENTAL HISTORY

Indique la edad a la que su hijo *Please list age at which your child:*

Sentó *Sat up* _____ Caminó solo *Walked alone* _____

Empezó a balbucear *Started babbling* _____ Habló en palabras simples *Spoke in single words* _____

Habló en frases de 2 palabras *Spoke in 2-word phrases* _____ Habló en frases / oraciones de pocas palabras *Spoke in phrases/sentences* _____

Habla entendida por extraños *Speech understood by strangers* _____

Describe las interacciones entre compañeros (interacciones con niños de la misma edad que no son hermanos):
Describe peer interactions (interactions with same age children who are not siblings):

Escuela y Servicios School & Services

Nombre de la Escuela *Name of School* _____

Distrito Escolar *School District* _____

Grado *Grade* _____ Tipo y Tamaño del aula *Classroom Type & Size* _____

¿Se proporciona actualmente alguna de las siguientes terapias? *Are any of the following therapies being currently provided?*

- Terapia física *Physical therapy* Terapia del lenguaje *Speech therapy*
 Terapia ocupacional *Occupational therapy* Aula de recursos *Resource room*
 Asesoramiento *Counseling* Otro *Other:* _____

¿Ha tenido su hijo alguna vez evaluaciones tales como audiología, psicología o habla / lenguaje?
Has your child ever had any evaluations such as audiology, psychology, or speech/language? Sí *Yes* No *No*

Envíe una copia de cada evaluación por correo electrónico o fax. Please send a copy of each evaluation by email or fax.

HISTORIA DEL SUEÑO SLEEP HISTORY

El niño generalmente se va a dormir a las *Child usually goes to sleep at* _____ PM

¿Se duerme su hijo de forma independiente? *Does your child fall asleep independently?* Sí *Yes* No *No*

¿Cuánto tiempo se tarda en quedarse dormido? *How long does it take to fall asleep?* _____

¿Su hijo duerme toda la noche? *Does your child sleep through the night?* Sí *Yes* No *No*

Niño *Child* se levanta *gets up*, O *OR* se despierta a las *is wakened at* _____ AM

¿Su hijo ronca 2 o más veces a la semana? *Does your child snore – 2 or more times a week?* Sí *Yes* No *No*

¿Mantiene su hijo una hora estable para acostarse y despertarse los siete días de la semana?
Does your child maintain a stable bedtime and wake time seven days a week? Sí *Yes* No *No*

¿Tiene alguna inquietud sobre el sueño de su hijo? *Do you have any concerns about your child's sleep?* Sí No

MEDICAL HISTORY HISTORIAL MÉDICO

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo? *Are your child's immunizations up to date?* Sí *Yes* No *No*

Enumere todas y cada una de las operaciones, hospitalizaciones (incluidas las visitas a la sala de emergencias) y procedimientos que su hijo haya tenido: *Please list any/all operations, hospitalizations (including ER visits), and procedures:*

Donde <i>Where</i>	Cuándo <i>When</i>	Por qué <i>Why</i>

¿Cuándo fue la última *When was your child's last*

¿Evaluación o examen de la vista de su hijo? *Vision screening or evaluation?* _____
 Normal Otro *Other* _____

¿Examen de audición o evaluación? *Hearing screening or evaluation?* _____
 Normal Otro *Other* _____

¿Tuvo/tiene su hijo infecciones de oído frecuentes? *Did/does your child have frequent ear infections?* Sí *Yes* No *No*

¿Tu hijo tiene *Does your child have*

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ¿Crecimiento deficiente? <i>Poor growth?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Problema cardíaco? <i>Heart problem?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Asma u otros problemas respiratorios? <i>Asthma or other respiratory problems?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Problemas de estómago o intestinales? <i>Stomach or bowel problems?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Problemas de orina? <i>Urine problems?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Debilidad motora o problemas de coordinación?
<i>Motor weakness or coordination problems?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Dolores de cabeza? <i>Headaches?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Convulsiones? <i>Seizures?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |
| ¿Anemia u otra enfermedad de la sangre? <i>Anemia or other blood disease?</i> | <input type="checkbox"/> Sí Yes | <input type="checkbox"/> No No |

Si respondió 'Sí' a cualquiera de las preguntas anteriores, o si su hijo tiene algún otro problema de atención médica que no esté en la lista, explique:

If you answered 'Yes' to any of questions above, or if your child has any other health care problem/s that are not listed, please explain:

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL *FAMILY & SOCIAL HISTORY*

Family Composition *Composición familiar*

¿Quién vive en casa? *Who lives at home?* _____

Grado más alto completado de la madre *Mother's highest grade completed* _____

Ocupación *Occupation* _____

Grado más alto completado del padre *Father's highest grade completed* _____

Ocupación *Occupation* _____

Enumere todos los demás hermanos y hermanas del niño *Please list all other brothers and sisters of child:*

Nombre <i>Name</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>

¿Algún otro miembro de la familia tiene problemas de atención, comportamiento, aprendizaje, uso del lenguaje, discapacidades del desarrollo, incluido el autismo, o murió de una afección cardíaca antes de los 50 años? Sí Yes No No

Do any other members of the family have problems with attention, behavior, learning, using language, have developmental disabilities including autism, or died from a heart condition prior to the age of 50?

En caso afirmativo, explique *If yes, please explain:* _____

Solo para niños mayores de 4 años *For children 4 years and older only.*

¿Diría que su hijo muestra los siguientes comportamientos? *Would you say that your child displays the following behaviors?*

1. Está manejándose o como un motor
Is "on the go" or "driven by a motor" Sí Yes No No
2. Tiene dificultad para participar en actividades tranquilas
Has difficulty engaging in quiet activities Sí Yes No No
3. Se mueve o se retuerce
Fidgets or squirms Sí Yes No No
4. Tiene dificultad para permanecer sentado
Has difficulty staying seated Sí Yes No No
5. Inquietud *Restlessness* Sí Yes No No
6. Corre y de forma excesiva e inapropiada
Runs about and excessively and inappropriately Sí Yes No No
7. Habla demasiado *Talks excessively* Sí Yes No No
8. Habla antes que se pregunten las preguntas
Blurts out answers before questions completed Sí Yes No No
9. Tiene dificultad para esperar su turno
Has difficulty awaiting his or her turn Sí Yes No No
10. Habla arriba de los otros
Interrupts or intrudes on others Sí Yes No No
11. Evita tareas necesita un esfuerzo mental sostenido
Avoids tasks which require sustained mental effort Sí Yes No No
12. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades
Has difficulty organizing tasks and activities Sí Yes No No
13. Tiene dificultad para mantener la atención
Has difficulty sustaining attention Sí Yes No No
14. No parece escuchar *Does not seem to listen* Sí Yes No No
15. Se distrae con facilidad *Is easily distracted* Sí Yes No No
16. Es olvidadizo en las actividades diarias *Is forgetful in daily activities* Sí Yes No No
17. Pierde artículos necesarios como libros y materiales escolares
Loses necessary items such as school books and materials Sí Yes No No
18. Tiene dificultad para seguir las instrucciones de otros
Has difficulty following through on instructions from others Sí Yes No No

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA****[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____
- El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

Otro: _____

Incluye: (Indicar con iniciales)

_____ **Tratamiento de alcohol/drogas**

_____ **Información de salud mental**

_____ **Información relacionada con el VIH**

Autorización para discutir información médica

(b) Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo _____

Iniciales

Nombre del proveedor individual de atención médica

para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

_____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: _____

* **El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**



Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Conforme a lo requerido por las normas sobre la confidencialidad adoptadas en La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA"-siglas en inglés) de 1996

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE
CÓMO PUEDE SER USADA Y REVELADA LA INFORMACIÓN
DE SALUD DE NUESTROS PACIENTES
Y CÓMO PUEDEN ELLOS TENER ACCESO A SU
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE SALUD.**

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.

A. NUESTRO COMPROMISO CON LA PRIVACIDAD

Boston Children's Health Physicians, LLP (en lo sucesivo "BCHP") es una consulta médica de múltiples especialidades. Estamos dedicados a mantener la privacidad de la información de identificación individual o la información médica protegida ("PHI" por sus siglas en inglés) de nuestros pacientes. Por ley, tenemos la obligación de mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a nuestros pacientes y entregarles esta notificación acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad concernientes a la información médica protegida de ellos. Esta notificación se aplica a la información médica protegida de nuestros pacientes adultos y pediátricos. Por consiguiente, el uso de los terminos "usted" y "su" en esta notificación se aplican a nuestros pacientes y su información médica protegida, al igual que a los representantes personales de nuestros pacientes; por ejemplo, los padres o el tutor de un menor de edad, el tutor de un mayor de edad que no posee la capacidad juridical o una persona autorizada en nombre de un paciente fallecido.

Tenemos la obligación de proveerle a nuestros pacientes la información importante que se expone más adelante con respecto a cómo podemos usar y revelar la información médica protegida de ellos, cuáles son nuestras obligaciones concernientes al uso y la revelación, y los derechos a la privacidad de ellos concernientes a dicha información. El siguiente es un breve resumen de algunos de los derechos importantes del paciente con respecto a su información médica protegida:

- derecho a recibir una copia de esta Notificación de Privacidad;
- derecho a inspeccionar y copiar cierta información de salud;
- derecho a recibir un informe de ciertas revelaciones que hagamos de la información médica protegida de ellos;
- derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo usamos y revelamos la información médica protegida;
- derecho a recibir notificación cuando ocurra una violación de revelación de cualquiera de su información médica protegida no asegurada;
- derecho a solicitar modificaciones de la información médica protegida;
- derecho a revocar una autorización que hayamos obtenido para revelar la información médica protegida; y

- derecho a presentar reclamos acerca de presuntas violaciones de sus derechos de privacidad.

Las cláusulas de esta notificación se aplican a todo el historial médico que contiene la información médica protegida de nuestros pacientes que sea creada o mantenida por nuestra consulta. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o modificación de esta notificación será vigente para todo el historial médico que se haya creado o mantenido en nuestra consulta en el pasado y para cualquier historial médico que pudiéramos crear o mantener en el futuro. Nuestro consultorio colocará una copia de esta notificación en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento y usted podrá solicitar la copia más actual de la notificación en cualquier momento.

B. POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON NUESTRA OFICIAL DE SEGURIDAD SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTA NOTIFICACIÓN:

Oficial de seguridad
Boston Children's Health Physicians, LLP
40 Sunshine Cottage Road
Skyline Drive
Valhalla, NY 10595
Teléfono # 914-922-2271

C. TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

1. Tratamiento. Nuestro consultorio puede usar la información médica protegida de nuestros pacientes para darles tratamiento. Por ejemplo, podríamos revelar su información médica protegida o la de su menor de edad de la siguiente manera:

- Para ordenar exámenes de laboratorio (tales como pruebas de sangre o de orina), cuyos resultados nos podrían ayudar a alcanzar un diagnóstico.
- Para recetar medicamentos, o podríamos revelar su información médica protegida a una farmacia cuando ordenemos una receta médica para usted.
- Para darle tratamiento o ayudar a otros en el tratamiento de nuestros pacientes.
- Para informarle acerca de las posibles opciones, alternativas o programas de tratamiento.
- Para que otras personas a las que usted les ha dado autorización traigan a su menor de edad a la oficina y/o para que den consentimiento para darle tratamiento. Por ejemplo, si usted le pide a un familiar suyo o a una niñera que traiga a su menor de edad a nuestra oficina para recibir tratamiento por un resfriado, el pariente o la niñera pueden tener acceso a la información médica de su menor de edad.
- Para que otros proveedores de atención de salud la usen para los fines relacionados al tratamiento de nuestros pacientes.

2. Pago. Nuestro consultorio médico puede usar y revelar su información médica protegida para la facturación y el cobro de artículos y servicios que le suministremos a nuestros pacientes. Por ejemplo, podemos revelar su información médica protegida de la siguiente manera:

- Para ponernos en contacto con su compañía de seguros para certificar que usted tiene derecho a los beneficios (y a qué gama de beneficios), y podemos proporcionarle a su compañía de seguros médicos los detalles acerca su tratamiento para determinar si la compañía cubrirá o pagará por el tratamiento.
- Para obtener pago de otros terceros que puedan ser responsables por pagar dichos costos.
- Para enviarle la factura directamente por servicios y artículos.

- Para otros proveedores de atención de salud y entidades para ayudarles en sus esfuerzos para la facturación y el cobro.

3. Operaciones de atención de salud. Nuestra oficina puede usar y revelar la información médica protegida de nuestros pacientes para la operación de nuestro consultorio médico. Algunos ejemplos de las maneras en las cuales podríamos usar o revelar su información incluyen, entre otras, las siguientes:

- Para evaluar y mejorar la calidad de nuestra atención de salud, o para realizar actividades de ahorro de gastos y la planificación de negocios de nuestro consultorio médico.
- Para proporcionársela al trabajador social como parte de la gestión de casos.
- Para ponernos en contacto con usted y recordarle las citas.
- Para informarle acerca de los beneficios de salud o servicios relacionados que puedan ser de interés para usted.
- Para participar en la enseñanza y las actividades de aprendizaje con estudiantes y otros aprendices de la profesión médica (por ejemplo, estudiantes de medicina, médicos residentes, enfermeros/as, técnicos y otros).

D. USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

Las siguientes categorías describen situaciones singulares en las que podemos usar o revelar información médica protegida individual en la medida en que dicho uso o revelación sea requerido por la ley:

1. Riesgos para la salud pública. Nuestro consultorio médico puede revelar la información médica protegida a las autoridades de salud pública u otras personas autorizadas por la ley para recopilar información con los siguientes fines:

- Para mantener los registros vitales, tales como nacimientos y defunciones.
- Para denunciar malos tratos o abandono de menores de edad.
- Para la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para informar acerca de la exposición potencial a enfermedades contagiosas.
- Para informar acerca de el riesgo potencial de propagar o contraer una enfermedad o afección.
- Para informar acerca de las reacciones adversas a los medicamentos o problemas con productos o dispositivos.
- Para informar a su empleador acerca de ciertas enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

2. Actividades de supervisión de la salud. Nuestro consultorio puede revelar la información médica protegida a una agencia de supervisión de salud relacionada con aquellas actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y sanciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales, u otras actividades necesarias para que el gobierno pueda monitorear los programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de salud en general.

3. Demandas y procedimientos similares. Nuestra consulta puede usar y revelar la información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa, si es que usted llega a estar involucrado en una demanda o procedimiento similar. También podemos revelar su información médica protegida en respuesta a una solicitud de descubrimiento de pruebas, citación, u otro proceso legal de otra parte interesada en un litigio cuando recibamos garantías satisfactorias de que a usted se le ha dado notificación de la solicitud y se le ha dado tiempo para formular objeciones y de que se hayan tomado otras precauciones apropiadas.

4. Agencias del orden público. Podemos revelar la información médica protegida si nos lo solicita un agente del orden público:

- En ciertas situaciones, si es en relación con la víctima de un delito, aun si no podemos obtener el consentimiento de la persona.
- Con respecto a una muerte que creamos que pueda haber resultado de alguna conducta delictiva.
- En relación con alguna conducta delictiva que haya ocurrido en nuestras oficinas.
- En respuesta a una orden de registro, orden de comparecencia, orden judicial, citación o procedimiento legal similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, a un testigo esencial, a un fugitivo o a una persona desaparecida.

5. Víctimas de abuso, abandono o violencia en el hogar. Podemos revelar la información personal de salud de un menor de edad a la autoridad gubernamental, incluyendo a una agencia de servicio social o agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir informes de abuso, abandono, explotación o violencia en el hogar, si creemos razonablemente que el menor de edad ha sido la víctima de algún abuso, abandono, explotación o violencia en el hogar. Cualquier tipo de revelación deberá hacerse de conformidad con las leyes aplicables.

6. Pacientes fallecidos. Nuestro consultorio puede revelar la información médica protegida a un examinador médico o forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar la información si ésta es necesaria para que los directores de la funeraria puedan realizar su trabajo.

7. Investigación. En ciertas circunstancias limitadas, nuestro consultorio puede usar y revelar información médica protegida para fines de investigación. Obtendremos su autorización escrita para usar su información médica protegida para fines de investigación excepto cuando una Junta Interna de Revisión o de Privacidad haya determinado que la renuncia a su autorización cumple con los siguientes criterios: (i) el uso o la revelación no implica más que un riesgo mínimo a su privacidad basado en lo siguiente: (A) un plan adecuado para proteger los datos identificadores del uso inadecuado y la revelación indebida; (B) un plan adecuado para destruir los datos identificadores a la mayor brevedad posible consistente con la investigación (a menos que exista justificación para retener los datos identificadores por motivos de salud o investigación o si, por lo contrario, dicha retención es requerida por la ley y (C) garantías escritas adecuadas de que la información médica protegida no volverá a ser usada o revelada a ninguna otra persona o entidad (excepto cuando la ley lo requiera) para la supervisión autorizada de un estudio de investigación o para otras investigaciones para las cuales su uso y revelación sean de otro modo permitidos; (ii) cuando no sea prácticamente posible realizar la investigación sin la renuncia; y (iii) cuando no sea prácticamente posible realizar la investigación sin tener acceso y usar la información médica protegida.

8. Actividades de Recaudación de Fondos. Podemos suministrar la información básica de contacto y las fechas en que usted recibió tratamiento a Children's Health and Research Foundation, Inc. (La Fundación para la Salud e Investigación Infantil), cuyo sitio web es: "<http://www.chrfoundation.net/>", la cual es una organización de beneficencia pública cuya misión es apoyar y fomentar la salud de menores y familias pobres en el Valle Hudson de Nueva York y las regiones vecinas. Puede ser que esta organización de beneficencia pública se comunique con usted para solicitar una donación. Usted puede optar por dejar de recibir comunicaciones de recaudación de fondos por medio de enviar una solicitud escrita a la Funcionaria de Privacidad.

9. Graves riesgos para la salud o la seguridad. Nuestro consultorio puede revelar y usar la información médica protegida cuando sea necesario para reducir o prevenir un riesgo grave para la salud o la seguridad de un paciente, o para la salud o la seguridad de otro individuo o del público. En estas circunstancias, haremos revelaciones únicamente a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

10. Compensación por accidentes de trabajo. Nuestro consultorio puede revelar la información médica protegida en casos de compensación por accidentes de trabajo y programas similares.

11. Donación de órganos. Podemos revelar la información médica protegida a organizaciones de adquisición de órganos con fines de la donación de órganos, ojos o tejidos, según lo permita la ley.

12. Profesionales Asociados. Algunos de nuestros servicios son brindados por nuestros socios profesionales que prestan servicios en nuestro nombre por contrato. En tales situaciones, podemos revelar la información médica protegida a nuestros socios profesionales para que estos puedan desempeñar el trabajo que nosotros les hayamos solicitado. Para salvaguardar su información médica protegida, requerimos que todos nuestros socios de negocios firmen un convenio que les obliga a cumplir con lo exigido por las normas sobre la confidencialidad adoptadas en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

13. Cumplimiento. Estamos obligados a revelar la información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a la persona que este designe, cuando lo solicite para investigar nuestro cumplimiento con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos o a usted cuando lo solicite de conformidad con la Sección E.3 a continuación.

14. Recordatorios de citas. Podemos usar o revelar su información médica protegida para contactarnos con usted y proveerle recordatorios de citas o información acerca de tratamientos alternos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que consideremos pueden ser de su interés. Podemos recordarle sus citas por medio de enviarle una postal por correo a la dirección que usted nos suministró o llamarle a su teléfono en casa y dejarle un mensaje en su contestador automático, o con la persona que conteste el teléfono. Estos recordatorios telefónicos revelarán el nombre del paciente, la dirección, la fecha y el lugar de la cita.

15. Requerido por ley. Además de los usos y revelaciones anteriormente enumerados, podemos usar y revelar la información médica protegida en la medida que la ley nos lo exiga.

E. DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida que mantengamos:

1. Comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nuestro consultorio se comunique con usted acerca de su salud y cuestiones relacionadas de una manera determinada o a un cierto lugar utilizando otras direcciones de correo o números de teléfono. Por ejemplo, usted puede solicitar que no nos pongamos en contacto con usted en su trabajo. Para solicitar un cierto tipo de comunicación confidencial, deberá presentar una solicitud por escrito a la Funcionaria de Privacidad, especificando el método de contacto que solicita o el lugar al que desea que nos comuniquemos con usted. Nuestro consultorio honrará solicitudes razonables. No nos tiene que dar una razón para su solicitud.

2. Para solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o revelación de su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. Así mismo, tiene derecho a solicitar que restrinjamos la revelación de su información médica protegida, para que ésta sea revelada solamente a ciertos individuos involucrados en su atención médica o el pago por la atención médica, tales como sus familiares y amigos. **Generalmente, no estamos obligados a aceptar su solicitud; pero si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley requiera lo contrario, en casos de urgencia, o cuando la información sea necesaria para el tratamiento.** Es nuestro deber conceder su solicitud para restringir la revelación a un plan de salud si usted paga su factura sin usar seguro médico. Puede solicitar que BCHP restrinja la revelación de su información médica protegida a su compañía de seguros, y concederemos su solicitud, si usted paga su factura en su totalidad directamente de su propio bolsillo, o si alguien más lo hace a nombre suyo, sin presentar un reclamo a una compañía de seguros. Para solicitar una restricción de nuestro uso o revelación

de su información médica protegida. Deberá presentar su solicitud por escrito ante la Funcionaria de Privacidad. Su solicitud deberá describir de manera clara y concisa:

- la información que usted desea que sea restringida.
- Si usted está solicitando limitar el uso o revelación de información por parte de nuestro consultorio o ambas cosas; y
- A quién quiere que se aplique la limitación.

3. Inspección y copias. Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información médica protegida que pueda ser usada para tomar decisiones acerca de usted, incluyendo el historial médico del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Deberá presentar su solicitud por escrito a la Funcionaria de Privacidad para inspeccionar y/o para obtener una copia de su información médica protegida. Nuestro consultorio le puede cobrar una tarifa por los costos de las copias, el correo, la labor y los artículos relacionados con su solicitud. Nuestro consultorio puede negar su solicitud para inspeccionar y/o copiar bajo ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, si denegamos su solicitud, usted puede solicitar una revisión. En tal caso, otro profesional autorizado de atención médica, designado por nosotros que no haya participado en negar su solicitud original, revisará la solicitud y la denegación de la misma.

4. Modificación. Puede solicitar que nosotros modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta, y puede solicitar una modificación mientras que la información sea mantenida por o para nuestro consultorio médico. Deberá presentar su solicitud por escrito ante la Funcionaria de Privacidad para solicitar una modificación. Deberá proporcionarnos una razón que apoye su solicitud de modificación. Su solicitud será denegada por nuestro consultorio médico si no la presenta por escrito, enunciando las razones que la respaldan. También, podemos negar su solicitud si usted nos solicita que modifiquemos información que en nuestra opinión: (a) es exacta y completa; (b) no es parte de la información médica protegida mantenida en o para nuestro consultorio; (c) no es parte de la información médica protegida que se le permite inspeccionar o copiar a usted; o (d) no fue creada por nuestro consultorio médico, a menos que el individuo o la entidad que creo la información no esté disponible para modificar la información.

5. Informe sobre las revelaciones. Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar un “informe sobre las revelaciones”. El “informe sobre las revelaciones” es una lista de ciertas revelaciones no rutinarias que haya hecho nuestro consultorio médico de la información médica protegida de nuestros pacientes que no se haya hecho con fines de tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. No se requiere documentar el uso de su información médica protegida como parte del cuidado rutinario del paciente en nuestro consultorio. Como por ejemplo si el médico comparte la información con la enfermera o si el departamento de facturación utiliza su información para presentar su reclamación a la compañía de seguros. Tampoco suministraremos un informe sobre las revelaciones hechas a usted, o inherentes al uso o revelación que se nos permite hacer, como se describe anteriormente, o de conformidad con una autorización. Deberá presentar su solicitud por escrito ante la Funcionaria de Privacidad para obtener un informe de las revelaciones. Toda solicitud de un “informe sobre las revelaciones” deberá indicar un período de tiempo, que no exceda (6) años a partir de la fecha de revelación y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un plazo de 12 meses será gratuita, pero nuestro consultorio le podrá cobrar por listas adicionales dentro del mismo plazo de 12 meses. Nuestro consultorio le notificará los costos relacionados con solicitudes adicionales, y podrá retirar su solicitud por escrito sin incurrir en un gasto.

6. Derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Comuníquese con la Funcionaria de Privacidad para obtener una copia impresa de esta notificación.

7. Derecho a presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en nuestro consultorio o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Póngase en contacto con nuestra Funcionaria de Privacidad para presentar un reclamo en nuestro consultorio médico. Todo reclamo deberá ser presentado por escrito. No se le penalizará por presentar reclamos.

8. Notificación de una violación por revelación. Usted tiene derecho a que se le notifique cuando haya ocurrido una violación por la revelación de cualquiera de su información médica protegida no asegurada.

9. Derecho a proporcionar autorización para otros usos y revelaciones. Nuestro consultorio obtendrá su autorización escrita para usos y revelaciones que no hayan sido identificados en esta notificación o que sean permitidos de conformidad con la ley aplicable. Sin limitación de lo anterior, BCHP no usará ni revelará su información médica protegida para la comercialización o la venta de su información médica protegida sin su autorización escrita. Nuestro consultorio tampoco usará o revelará las notas de psicoterapia a excepción de la manera como se explica en la sección F.2 que figura a continuación. Cualquier autorización que usted nos proporcione para el uso o revelación de su información médica protegida podrá ser revocada por escrito en cualquier momento, pero no se aplicará a usos o revelaciones que se hayan hecho antes de que hayamos recibido dicha revocación. La revocación no se hará efectiva con respecto a acciones que hayamos tomado basándonos en su autorización, o cuando la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro médico para su atención médica. Una vez que usted haya revocado su autorización, no usaremos ni revelaremos su información médica protegida por las razones descritas en la autorización. Por favor recuerde que estamos obligados a mantener registros de su cuidado médico.

F. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

1. Menores de edad. De conformidad con la ley del Estado de Nueva York los menores de edad (menores de los 18 años) tienen derecho a solicitar y recibir atención médica sin el consentimiento de los padres cuando la atención médica se brinda bajo las siguientes circunstancias:

- Un menor de edad de uno u otro sexo que tenga un hijo o una hija puede dar consentimiento para su propia atención médica.
- Una menor de edad que solicite servicios de atención médica específicos para el embarazo puede dar su consentimiento para su propia atención médica.
- Una menor de edad que solicite servicios anticonceptivos puede dar su consentimiento para su propia atención médica.
- Un menor de edad de uno u otro sexo que solicite tratamiento para enfermedades de transmisión sexual puede dar su consentimiento para su propia atención médica.

La información médica obtenida bajo cualquiera de las circunstancias anteriores es confidencial y no puede ser revelada a nadie, incluyendo los padres o el tutor, sin el consentimiento del menor de edad.

2. Tratamiento psicológico.

Las notas de psicoterapia se definen como cualquier apunte registrado en cualquier medio por un proveedor de atención de salud que sea un profesional de salud mental que documente o analice el contenido de una conversación sostenida durante una sesión de terapia privada o una sesión de terapia en grupo, conjunta o familiar, y que están separadas del resto del historial clínico del individuo. Nosotros no revelaremos ni usaremos sus notas de psicoterapia sin su autorización escrita salvo en limitadas excepciones tales como para que el terapeuta las use durante su tratamiento, revelaciones a estudiantes que participen en el aprendizaje bajo supervisión para mejorar sus capacidades de asesoramiento, y para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a la salud y seguridad de otros.

Las recetas médicas y el seguimiento, las horas de inicio de las sesiones de terapia, la modalidad y frecuencia del tratamiento, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha, todos se excluyen de la definición de notas de psicoterapia.

Por favor póngase en contacto con nuestra Funcionaria de Privacidad si tiene preguntas con respecto a esta notificación o las políticas de la privacidad de nuestra información de salud.

Fecha de vigencia. Esta notificación entra en vigor a partir del 1 de abril de 2013.

Este documento es una traducción del documento original en inglés y se ofrece para la conveniencia de nuestros pacientes. En caso de que exista alguna ambigüedad o discrepancia entre el inglés y la versión en español, la versión en inglés prevalecerá.