

**ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW HAVEN  
PERMISO PARA EL CENTRO DE SALUD BASE ESCOLAR**

Las Escuelas Públicas de New Haven (NHPS) operan 17 centros de salud escolares (SHC por su siglas en inglés) localizados en escuelas pre-primarias, primarias, secundarias y preparatorias. Todos los estudiantes registrados en los SHC pueden recibir los servicios que ahí se brindan. El personal de los SHC no reemplazan al(los) médico(s) personales que atienden los problemas de salud física ó mental de los alumnos. Las NHPS trabajan con asociados de la comunidad para supervisar y proveer personal a los SHC durante el día escolar para que los estudiantes y sus padres no falten al trabajo ó a la escuela de manera innecesaria, y el personal del SHC consultará con el personal medico de cabecera de cada alumno en caso de ser necesario. Los asociados de la comunidad incluyen: Hospital Yale-New Haven (Yale-New Haven Hospital), Centro de Saludo de la Comunidad de Fair Haven (Fair Haven Community Health Center), Centro de Salud Cornell Scott Hill (Cornell Scott Hill Health Center) y la Clínica de Apoyo Clifford Beers (Clifford Beers Guidance Clinic). Todos los servicios son gratuitos para las familias (sin cuotas), sin embargo servicios que se puedan cobrar serán cobrados a través de la compañía de seguro de los pacientes. Todos los estudiantes menores de 18 años deben de tener un permiso, que haya sido llenado y firmado por los padres/tutores legales del alumno(a) de manera que pueda recibir los servicios del SHC. Los SHC tienen un equipo de profesionales certificados que usualmente incluyen un proveedor de servicios médicos (enfermera o asistente de médico), un(a) trabajador(a) social y un(a) gerente de oficina. El/la proveedor(a) de servicios médicos provee servicios médicos preventivos como vacunación y exámenes físicos, servicios de urgencia como son el diagnostico, tratamiento y seguimiento de lesiones y enfermedades, y el manejo de enfermedades crónicas como Diabetes y Asma. La trabajadora social provee servicios de evaluación, asesoramiento individual, de grupo o de familia, grupos de apoyo para alumnos, intervención en situaciones de crisis, ó terapia de corto/largo plazo según sea necesario. Todos los proveedores de los SHC trabajan de manera cercana con las familias, los asociados de la comunidad, la enfermera y el personal de la escuela para asegurarse con los estudiantes reciban el cuidado que necesitan en la escuela ó en los servicios de apoyo a la comunidad. Para registrar a sus hijo/a(s) en los SHC, por favor llene y firme un formato por cada hijo(a) que esté registrado en esta escuela, por favor asegúrese que toda la información en el frente y en el reverse de este formato de permiso esté completa.

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Grado Escolar \_\_\_\_\_ Maestra \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo:  femenino  masculino  
apellido nombre inicial

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Descendencia étnica del estudiante:**

hispano/latino  no hispano/latino

**Origen racial/étnico del estudiante:**

negro/afroamericano  blanco  asiático  
 indio norte americano/nativo de Alaska  hawaiano/otro isleño del Pacífico  desconocido

**Religión (Opcional)** \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre o encargado:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Padres:**  Casados  Divorciados  Separados  Madre Difunta  Padre Difunto

**¿Quién vive con el estudiante?**

madre  padre  madrastra  padrastro  hermanas  hermanos  otro \_\_\_\_\_

**Persona de contacto en caso de emergencia (favor de indicar a dos personas en caso que usted no esté disponible):**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Preferencia de Idioma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Madre:** \_\_\_\_\_ ¿Requiere de Intérprete?  Sí  No

**Clase de seguro (indique todos los que aplican y llene la información sobre la cubierta de seguro del niño/a).**

medicaid  Husky A  Husky B  Seguro privado/comercial  dental  no tiene cubierta de seguro

**INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICAID O HUSKY:**

Número de identificación de su plan: \_\_\_\_\_ Nombre de plan de administración de cuidado: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO PRIVADO/COMERCIAL:**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_ Número de la póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del corredor de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su empleador/compañía \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección de su empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**¿Dónde adquiere los cuidados médicos de su niño/a?**

\_\_\_ Centro de Salud de la Comunidad    \_\_\_ clínica del hospital    \_\_\_ otro    \_\_\_ desconocido  
 \_\_\_ sala de emergencia    \_\_\_ clínica militar    \_\_\_ médico privado    \_\_\_ clínica de cuidados urgentes  
 \_\_\_ clínica del Departamento de Salud    \_\_\_ ninguna fuente regular    \_\_\_ Centro de Salud Base Escolar

**¿Quién es el doctor/clínica de su niño(a)?** \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

**¿Quién es el dentista/clínica de su niño(a)?** \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

**Farmacia de su preferencia: Nombre/Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW HAVEN - CENTROS DE SALUD BASE ESCOLAR**

Clinton Avenue	(203) 691-3318	Fair Haven	(203) 691-2643	Hillhouse	(203) 497-7555
Brennan-Rogers	(203) 946-2934	King-Robinson	(203) 691-2791	Wilbur Cross	(203) 497-7444
Lincoln-Bassett	(203) 492-8516	Roberto Clemente	(203) 497-7617	Career	(203) 946-2262
Davis Street	(203) 497-7815	Mauro-Sheridan	(203) 691-2815	Hill Central	(203) 499-6119
Truman	(203) 691-2122	Troup	(203) 691-3076	Barnard	(203) 691-3584
Riverside Academy	(203) 946-7184				

**Los servicios disponibles de salud básica y salud mental para estudiantes de 3 a 18 años de edad:**

- Exámenes físicos para la escuela
- Tratamiento de asma, anemia y otros problemas de salud
- Examen de tuberculosis
- Educación/consejos sobre abuso de sustancias controladas
- Vacunas
- Informe para tratamiento especializado
- Consejos sobre nutrición y peso
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o heridas menores
- Educación sobre salud mental
- Grupos de apoyo

**Otro servicios disponibles solamente para estudiantes de 12 a 18 años de edad:**

- Consejos de examen de HIV/SIDA
- Cuidado de salud reproductiva
- Educación y prevención de HIV/SIDA y enfermedades transmitidas
- Examen de embarazo
- a través de relaciones sexuales (incluyendo disposición de condones)

**Por favor, conteste SI o NO a las siguientes preguntas. Si contesta SI, explique al lado.**

- | SI       | NO    | ¿ Tiene su niño un historial de:   |
|----------|-------|--|
| 1. _____ | _____ | alergias a comida o medicinas ? _____  |
| 2. _____ | _____ | usar medicinas regularmente ? _____  |
| 3. _____ | _____ | problemas crónicos de salud tales como: asma, tuberculosis, diabetes, enfermedad del corazón, visión, auditivo, del habla, etc.? (Por favor, subraye). _____     |
| 4. _____ | _____ | hospitalización, cirugía o enfermedades graves ? _____   |
| 5. _____ | _____ | heridas o accidentes significativos ? _____  |
| 6. _____ | _____ | ¿Ha sido su hijo enviado para recibir servicios de un consejero ? _____  |
| 7. _____ | _____ | ¿Su hijo(a) ha tenido problemas emocionales, sociales o de comportamiento? _____   |
| 8. _____ | _____ | ¿Su hijo(a) tiene problemas de asistencia a la escuela? _____  |
| 9. _____ | _____ | ¿Su hijo(a) ha experimentado algún evento de estrés significativo en el último año? (Mudanza, enfermedad o deceso de un ser querido, bullying o violencia) _____ |

He leído los materiales suplidos por el Centro de salud base escolar sobre sus servicios y doy consentimiento para que el estudiante antes mencionado pueda usar los servicios ofrecidos por el centro mientras esté matriculado en las Escuelas Públicas de New Haven. Yo **no** quiero que mi niño/a reciba los siguientes servicios del centro

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Como padre/encargado de el estudiante identificado anteriormente, entiendo que puedo, en cualquier momento y por cualquier razón, revocar mi permiso y que puedo añadir o quitar los servicios que no quiero que mi niño/a reciba, informando al centro por escrito. Le doy permiso al personal del SHC que en caso de ser necesario se comunique con el personal clave de la escuela para facilitar un manejo adecuado de la situación. Además, doy mi consentimiento a que el centro le informe sobre el tratamiento o servicios a los siguiente proveedores de seguros para propósito de facturación. Autorizo que se le pague directamente a las Escuelas Públicas de New Haven por servicios ofrecidos. Hoy recibí una copia del **Aviso de Privacidad**.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/encargado

\_\_\_\_\_  
fecha

**CENTROS DE SALUD ESCOLAR DE NEW HAVEN  
AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD**

Le ofrecemos este aviso según las normas de la ley federal. Este aviso describe como podemos hacer uso y compartir el historial médico de su hijo/a, llamado en inglés, "Protected Health Information" (PHI). Si usted tiene 18 años, o es mayor, o un menor legalmente independiente, entonces la frase "su hijo" se refiere a usted. Este aviso también describe sus derechos de como tener acceso a toda la información del historial médico (PHI). El historial médico es información sobre su hijo/a que incluye información demográfica, que puede identificar a su hijo/a y que de cualquier manera, se relaciona con la salud física y mental del estudiante.

**FAVOR DE LEER CON CUIDADO ESTE AVISO**

Los Centros De Salud Escolar De New Haven (SBHCs) están comprometidos a respetar su privacidad y la de su hijo/a. Estamos obligados a cumplir con las condiciones de este aviso sobre la privacidad. Podemos cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento. Cualquier revisión a este aviso será anunciado debidamente en la oficina de servicios de salud donde su hijo/a recibe dichos servicios. Copias de las revisiones estarán dispuestas al público según la soliciten.

**El Uso y Diseminación del Historial Médico (PHI) de su hijo/a Con Su Consentimiento**

Una vez haya firmado la hoja de autorización para servicios, le proveeremos atención médica/mental directa a su hijo/a, aún si usted no está presente en el momento cuando su hijo/a necesite servicios médicos. Después de firmar la hoja de autorización podremos compartir el historial médico (PHI) de su hijo/a con el propósito de llevar a cabo tratamiento, facturación u otros procedimientos de salud. A continuación algunos ejemplos específicos de como usaremos el historial médico de su hijo (PHI).

**Tratamiento:** Para asegurarnos que su hijo/a reciba óptima calidad de servicios usaremos y compartiremos el PHI de su hijo/a para proveer, coordinar o manejar la atención médica o mental de su hijo/a. Vamos a compartir sólo la información que sea necesaria para la salud y bienestar de su hijo/a. Podemos compartir el PHI con otros proveedores médicos o clínicas localizados dentro o fuera de los predios escolares que contribuyen al cuidado médico/mental de su hijo/a. Ejemplos de estos proveedores clínicos incluye pero no se limita a enfermeras graduadas, médicos, trabajadores sociales, dentistas, consejeros profesionales, trabajadores de extensión a la comunidad y ayudantes médicos. Además los centros de salud escolar pueden tener necesidad de intercambiar información con algún(os) representante (s) de las Escuelas Públicas de New Haven. También podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a con un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano a la familia o cualquier otra persona que usted identifique en la hoja de autorización. Esto también incluye el notificar a personas identificadas en la hoja de autorización como contactos en casos de emergencias. Además se podrá revelar y discutir el PHI de su hijo/a con usted y otros participantes durante una reunión de orientación o consejería de familia.

**Pagos:** El PHI de su hijo/a será usado y compartido, y si usted tiene seguro médico, para obtener pagos por servicios de salud. Esto puede incluir ciertas actividades que el seguro médico pueda asumir antes de aprobar o pagar por los servicios prestados al asegurado. Además podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a para ayudarle a usted o a su familia a obtener un seguro médico (tal como el plan HUSKY) y servicios de otras agencias de servicios sociales.

**Procedimientos de cuidado de salud:** Para asegurar la más alta calidad de servicios posibles a su hijo/a, podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a para respaldar los asuntos administrativos de la clínica. Estos asuntos incluyen pero no se limitan a actividades de evaluación de calidad, evaluación y supervisión de empleados, y el adiestramiento y certificación de estudiantes. Mediante un permiso al maestro del estudiante solicitaremos a su hijo/a cuando tenga una cita en el centro escolar de salud (podemos solicitar que su hijo/a venga al centro escolar de salud (clínica) a través del alto parlante. Podemos llamar por teléfono a su casa para recordarle sobre una cita de su hijo/a. También compartiremos el PHI de su hijo/a con otros "asociados profesionales" necesarios para el funcionamiento de la clínica, (compañía de facturación). Siempre que haya un acuerdo entre nuestra oficina y un asociado profesional y ese acuerdo tenga que ver con el uso del PHI de su hijo/a haremos un contrato escrito con clausuras que ofrecen protección de privacidad del documento. Solo información relevante que sea necesaria para llevar a cabo los trámites del asociado profesional serán compartidos. Los récords de los centros de salud escolar pueden ser transferidos a otras clínicas escolares según sea necesario.

Los ejemplos antes mencionados no incluyen todas las actividades relacionadas con facturación, procedimientos y tratamientos. Las otras actividades que NO son relacionadas a estas áreas requieren que usted nos facilite su autorización por escrito, a menos que no sea permitido o requerido por ley según se describe a continuación. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento.

**Otras maneras de usar o diseminar el PHI de su hijo/a con su autorización escrita o con oportunidad para oponerse (objetar)**

Podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a con su autorización escrita o con oportunidad para oponerse en las siguientes situaciones. Si usted no está presente o esta de acuerdo, o se opone al uso del PHI, entonces el proveedor de su hijo, puede, haciendo uso de su juicio profesional, determinar si la diseminación de la información es a beneficio o no del niño/a. Es en este caso solo la mínima información del PHI que sea necesaria para el cuidado médico y relevante al caso será diseminada.

**Obstáculos en la Comunicación:** Podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a si un proveedor u otro miembro del equipo de trabajo de la clínica intenta obtener su autorización pero no puede debido a barreras de comunicación.. Si el proveedor determina, usando juicio profesional, que su intento es de dar autorización para el uso del PHI, entonces el proveedor así lo hará. Para mejor servirle, podemos buscar la ayuda de un intérprete cuando existan barreras de comunicación.

**Situación posiblemente perjudicial:** Usted puede solicitar por escrito, que un centro de salud escolar no provea información alguna del PHI suyo o de su hijo/a un individuo o agencia en particular si usted cree que dicha acción puede ser perjudicial a la seguridad suya o la de su familia.

**Referidos Externos:** Requerimos una autorización escrita para mostrar el PHI a una tercera persona o clínica, por ejemplo, clínicas médicas o de salud mental de la comunidad u otra agencia en la cual haya existido una relación anterior o una relación actual.

**Tratamiento de Emergencia:** Podremos usar el PHI de su hijo/a durante una situación de tratamiento de emergencia. Trataremos de obtener su consentimiento tan pronto como sea posible después de ofrecer el tratamiento. En caso que su proveedor de salud u otro proveedor de salud en la clínica tenga que atender a su hijo/a y el proveedor no puede obtener su autorización para esa atención médica entonces podremos compartir y usar el PHI para poder administrar una optima calidad de servicios de emergencia.

**Proceso para usar y diseminar el Historial Médico (PHI) sin su permiso, autorización escrita u oportunidad para oponerse (objetar)**

Los siguientes son ejemplos de otras maneras que podemos usar y compartir el historial médico (PHI) de su hijo/a sin su permiso, sin su autorización escrita o sin poder oponerse a dicha acción. A continuación algunos ejemplos cuando la ley nos exige compartir el PHI de su hijo/a.

**Según la ley:** Podemos hacer uso y compartir el PHI de su hijo/a si la ley así lo requiere. El uso del PHI será hecho según la ley y será limitado a los requisitos necesarios por ley. Usted será notificado según la ley del uso y diseminación del documento.

**Salud Pública:** Podemos compartir el PHI de su hijo/a para actividades y propósitos de salud con oficiales de salud pública que estén autorizados por ley para recibir y recoger la información. Esta diseminación se hará con el propósito de controlar enfermedades, heridas o incapacidades.

**Enfermedades transmisibles:** Podemos compartir, si así lo autoriza la ley, el PHI de su hijo/a con una persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible, o está en peligro de contraer o contagiar a otros con una enfermedad.

**Supervisión de Salud:** Si somos autorizados por ley podremos compartir el PHI de su hijo/a con una agencia que supervisa asuntos de salud para asuntos de auditorias, investigaciones, e inspecciones.

**Abuso o Negligencia:** Podemos compartir el PHI de su hijo/a con funcionarios de salud pública que estén autorizados por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos compartir el PHI de su hijo con la agencia o entidad pertinente si sospechamos que su hijo/a pudo ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En ese caso dicha revelación será consistente con las leyes federales y estatales.

**La administración de drogas y alimentos** Podemos compartir el PHI de su hijo/a con una persona o compañía que el departamento de drogas y alimentos le requiere que informen eventos adversos, productos o problemas defectuosos, desviaciones en los productos biológicos o para rastrear productos; y para facilitar la devolución de productos desviados o defectuosos; o para hacer reparaciones o reponer productos o para hacer informes de post ventas según lo exija la ley.

**Procedimientos legales:** Podremos compartir el PHI de su hijo/a durante el curso de algún procedimiento judicial o administrativo (hasta donde tal diseminación sea autorizada debidamente), o para responder a una orden del tribunal o una citación jurídica según lo disponga la ley o para responder a una petición dentro de la ley y durante ciertas condiciones en respuesta a una citación o petición jurídica. .

**Hacer cumplir la ley:** Podemos compartir el PHI de su hijo/a para propósitos de hacer cumplir la ley.

**Investigación:** Podremos compartir el PHI de su hijo/a con investigadores cuando una investigación ha sido aprobada por una junta examinadora institucional cuya revisión de la propuesta de investigación ha establecido un protocolo para asegurar la privacidad de la documentación.

**Actividad perjudicial o Auto-perjudicial:** Si sospechamos que el uso o la diseminación de información médica puede ser necesaria para prevenir o disminuir cualquier amenaza a la salud o seguridad de su hijo/a u otra persona o al público. Por ejemplo, si su hijo/a amenaza con hacerse daño o hacerle daño a otra persona o amenaza con cometer suicidio u homicidio, o perjudicar alguna propiedad ajena, podemos diseminar el PHI a las personas apropiadas, incluyendo oficiales de la Junta de Educación.

**Uso y Diseminación Obligatoria:** Según la ley estamos obligados a compartir la información del PHI con usted. A petición del Secretario de Salud y Servicios Humanos debemos investigar o determinar si se está cumpliendo con los requisitos de la sección 164.500 et. seq.

## SUS DERECHOS

A continuación incluimos una declaración de sus derechos respecto al PHI (historial médico) de su hijo/a y una descripción breve de como puede ejercer estos derechos.

**Tiene derecho a inspeccionar y copiar el PHI de su hijo/a,** de acuerdo con el protocolo establecido, el cuál está en un lugar designado, mientras mantenemos el historial. Si su hijo tiene 18 años o es mayor, o está legalmente independizado, entonces ese alumno se considera adulto y los padres (guardianes) no tienen derecho a inspeccionar o copiar el historial médico.

Según la ley federal usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes records: apuntes sicoterapéuticos; información recopilada con intención de ser usada o que fue usada para una acción o procedimiento criminal, civil, o acción administrativa; y cualquier PHI que esté sujeto a la ley y prohíbe el acceso del PHI de un menor especialmente en cuanto tenga que ver con la salud reproductiva, infecciones sexualmente transmitidas, o tratamiento de abuso de alcohol o drogas.

Usted debe hacer una petición por escrito y el Centro de Salud Escolar tiene 30 días para responder a su petición, a menos que el PHI no este en la clínica, sino en otro lugar, entonces el Centro tiene 60 días para responder. El Centro de Salud Escolar puede pedir una extensión de 30 días y le proveerá por escrito las razones por la demora y una fecha de vencimiento. El Centro de Salud Escolar tiene derecho a negar una petición si esta diseminación de información puede poner en peligro la vida o seguridad del individuo o indirectamente perjudica a otras personas mencionadas en el PHI. El Centro de Salud Escolar le proveerá por escrito las razones para denegar esa petición.

**Tiene derecho a peticionar restricciones en el uso y diseminación del PHI de su hijo/a.** Esto quiere decir que usted puede pedir que no se use o se haga público cualquier parte del PHI de su hijo/a para propósitos de tratamiento, facturación o procedimientos del centro de salud. También puede solicitar que no se haga público ni se disemine información del PHI a familiares o amistades que puedan estar envueltos en el cuidado de su hijo ni para propósitos de notificación a alguna persona según se describe en este aviso sobre la privacidad. Su petición debe someterse por escrito y especificar las restricciones que esta solicitando en cuanto a quien y cuanto tiempo debe estar en efecto la restricción. Puede rescindir la restricción para diseminación en cualquier momento por escrito.

Su proveedor médico no tiene que estar de acuerdo para que usted someta una petición de restricción. Si su proveedor médico cree que los intereses del niño/a se benefician en revelar o compartir el PHI, entonces dicha información no será restringida. Si su proveedor médico está de acuerdo en la petición de restricción entonces no podemos usar ni diseminar información alguna a menos que sea necesario para proveer tratamiento médico de emergencia. Favor de discutir cualquier restricción que usted desea con su proveedor médico o con cualquier miembro del personal clínico.

**Tiene derecho a recibir comunicación confidencial de nosotros a través de medios alternos o en una localidad alterna.** Haremos lo posible para honrar peticiones razonables. Favor de hacer peticiones de esta índole por escrito al oficial de asuntos privados o al personal de la clínica.

**Tiene derecho a que su proveedor médico haga enmiendas al PHI de su hijo/a.** Esto significa que usted puede peticionar por escrito, una enmienda del PHI de su hijo/a en un formulario designado mientras mantenemos la información. El centro de Salud Escolar debe responder a esta petición dentro de 60 días. En algunos casos podemos denegar dicha petición de enmiendas. Si denegamos su petición usted tiene derecho a someter una declaración de desacuerdo con esta decisión y podemos refutar su declaración y le proveeremos copia de esta refutación. Favor de comunicarse con el oficial de privacidad si tiene alguna pregunta sobre enmiendas del PHI de su hijo/a.

**Tiene derecho a recibir un relato/informe de diseminaciones que hemos hecho, si alguna se hizo, del PHI de su hijo/a.** Este derecho se aplica a revelaciones que se hayan hecho con otros propósitos que no sean para tratamiento, facturación, o procedimientos de salud tal y como se describen en este aviso de privacidad. Excluye las revelaciones que se le hayan hecho a usted por razones de facilitar un directorio de servicios disponibles, información brindada a miembros de la familia o amistades que tengan que ver en el cuidado del niño/a o aquellas revelaciones hechas con el fin de notificación. Tiene derecho a recibir información específica sobre diseminación que ocurrió después del 14 de abril de 2003 y durante los próximos seis años. Puede solicitar un lapso de tiempo más corto. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas condiciones, restricciones y limitaciones que están estipuladas en el reglamento de procedimientos y política de los Centros de Salud Escolar. Para más información favor de comunicarse con el oficial de privacidad.

## PREGUNTAS O QUERELLAS

**Puede someter una querella al Oficial de Privacidad o al Secretario de Salud y Recursos Humanos si usted cree que se han violados los derechos de privacidad de su hijo/a . No habrá represalias contra usted o su hijo/a por someter esta querella. Favor de comunicarse con el Centro de Salud Escolar o con el Oficial de Privacidad al número (203) 946-8969 si tiene preguntas sobre este aviso de privacidad. Este aviso de Privacidad fue publicado y se hace vigente el 4 de agosto de 2003.**