

HEALTHY TOTS CHILDREN'S SERVICES, LLC

FORMULARIO DE REGISTRO

Por favor escribe en letra de molde

Fecha de Hoy: _____

Farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido del Paciente:		Nombre:		Segundo Nombre:
Nombre de Preferencia:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idioma principal:	
Raza (Por favor marque todas las que correspondan al paciente): <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza: _____			Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano or Latino	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si la dirección, la información del contacto y la información del padre/tutor legal del paciente son las mismas que las de un paciente existente de la clínica (No. de Paciente)				
Dirección:	No. de Apt.	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (Casa)	Teléfono Celular		Correo Electrónico:	
Preferencias de Contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular Está bien dejar un mensaje en el telefono que ha indicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
INFOMACIÓN DE LA MADRE/TUTOR LEGAL 1				
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:
Dirección:		No. de Apt.		Ciudad:
Número de Teléfono (Casa)		Teléfono Celular		Correo Electrónico:
Preferencias de Contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular Está bien dejar un mensaje en el telefono que ha indicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Otro _____			Estado Civil (marque una): Soltero/Casado/Divorciado/Separado/Viudo	
INFOMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL 2				
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:
Dirección:		No. de Apt.		Ciudad:
Número de Teléfono (Casa)		Teléfono Celular		Correo Electrónico:
Preferencias de Contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular Está bien dejar un mensaje en el telefono que ha indicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Otro _____			Estado Civil (marque una): Soltero/Casado/Divorciado/Separado/Viudo	
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO				
Compañía de Seguros Primaria:		Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
Relación al Paciente:		Número de Grupo		Número de Póliza
Compañía de Seguros Secundaria:		Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
Relación al Paciente:		Número de Grupo		Número de Póliza
INVITACIÓN AL PORTAL PARA PACIENTES				
Si su hijo es menor de 18 años, usted recibirá una invitación al correo electrónico que nos proporcionó para inscribirse en el Portal para Pacientes. Si usted es el paciente de 18 años o mas, usted recibirá una invitación al correo electrónico que nos proporcionó para inscribirse en el Portal para Pacientes.				
EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre de un amigo o parriete:			Teléfono de Casa:	
Relación al Paciente:			Teléfono de Trabajo:	
La información anterior es verdadera a mi mayor entender. Autorizo que se pagen los beneficios del seguro directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También que autorizo Healthy Tots Children's Services, LLC y la compañía de seguros divulguen cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.				
_____			_____	
Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal			Fecha	

Healthy Tots Children's Services, LLC

Consentimiento para Tratamiento y/o Servicios

CONSENTIMIENTO GENERAL: Yo por este medio autorizo a Healthy Tots Children's Services, LLC para que proporcione servicios de salud incluyendo servicios médicos, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos a mí/a mi hijo(a). Entiendo que estos servicios podrían incluir una evaluación para ayudar a determinar el tratamiento o servicio que se necesita.

Después de la evaluación mía/de mi hijo(a), recibiré una explicación de las impresiones iniciales del proveedor y sus recomendaciones para el tratamiento. Esta explicación incluirá todos los tipos de servicios que Healthy Tots Children's Services, LLC haya determinado beneficiará el proceso terapéutico. Entiendo que estaré involucrado activamente en el plan de tratamiento de mí/mi hijo(a).

Entiendo que todos los servicios prestados a mí/mi hijo son confidenciales salvo en ciertas situaciones. Entiendo que se mandan legalmente a los proveedores reportar abuso de niños sospechado o verdadero a las autoridades apropiadas. Entiendo que estaré informado si los proveedores de Healthy Tots Children's Services, LLC determinan que mi hijo(a) está en peligro de lastimarse a sí mismo o a otras personas. En tal caso, evaluación adicional y notificación a las autoridades apropiadas podría ser justificada. Además entiendo que los proveedores de Healthy Tots Children's Services, LLC podrían ser obligados divulgar información al tribunal o testificar, si se llaman.

Si se hacen cambios al tratamiento o a los servicios de mí/mi hijo(a) se me explicarán. Entiendo que todos los servicios son voluntarios.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo que se hagan los pagos a Healthy Tots Children's Services, LLC y autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones por servicios prestados a mí/mi hijo(a). También autorizo la divulgación de información a Medicare, Medicaid o terceros pagadores, información médica y no médica, incluyendo la situación laboral, y si tengo un grupo de seguro, la responsabilidad, sin culpa, compensación de trabajador u otro seguro médico que sea responsable de pagar los servicios para los cuales se hagan una reclamación a Medicare, Medicaid u otros.

Autorizo que Healthy Tots Children's Services, LLC, como poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí/mi hijo(a), pueda divulgar a las compañías de seguros, planes de salud, agencias o representantes de cualquier compañía encargándose de las reclamaciones de mí/mi hijo(a) cualquier información necesaria para servicios obtenidos de Healthy Tots Children's Services, LLC.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE: Entiendo que Healthy Tots Children's Services, LLC fracturará a todas las compañías de seguro médico y terceros pagadores si se obligan por contrato hacerlo. Si mi seguro médico no paga por los servicios prestados a mí/mi hijo, yo por este medio reconozco que soy responsable por los pagos pendientes que se consideren mi responsabilidad de parte de Medicare, Medicaid u otros terceros pagadores.

Si no tengo seguro médico, Healthy Tots Children's Services, LLC hará arreglos conmigo para pagar los servicios de salud prestados a mí/mi hijo(a) usando El Programa de Pagos por Cuenta Propia de Healthy Tots Children's Services, LLC. Estoy de acuerdo hacer todos los pagos que sean arreglados para mí/mi hijo(a).

Nombre del Paciente (letra de molde): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Healthy Tots Children's Services, LLC

Formulario de Personas Designadas

Autorización - Pacientes Pediátricos

Fecha de Hoy: _____

Como **padres/tutores legales de niños que son pacientes de Healthy Tots Children's Services, LLC**, usted puede dar permiso por adelantado para que ciertos individuos (mayores de 18 años) puedan acompañar a su(s) hijo(s) a Healthy Tots Children's Services, LLC para sus servicios de salud cuando usted no puede estar presente. Por favor haga una lista de esos individuos a continuación.

Solicito y autorizo a Healthy Tots Children's Services, LLC y su personal a brindar servicios de salud en mi ausencia a mi hijo(a) nombrado(a) a continuación cuando esté acompañado de cualquier de las siguientes personas que he designado. Entiendo que como resultado de mi autorización estas "Personas Designadas" tienen la capacidad para tomar decisiones médicas y del tratamiento en relación con mi hijo(a). También pueden obtener, tener acceso a, o enterarse de la información de salud protegida de mi hijo(a) y la información sobre la cuenta de facturas que tiene mi hijo(a) con Healthy Tots Children's Services, LLC. Entiendo que es mi responsabilidad de comunicarme con Healthy Tots Children's Services, LLC para eliminar nombres de este formulario, según sea necesario, si no el "Formulario de Personas Designadas" será respetado como se muestra.

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Personas Designadas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorización - Pacientes Adultos

Como **uno de los pacientes adultos de Healthy Tots Children's Services, LLC**, podría también desear de designar a ciertos individuos para ayudarle mientras reciba servicios de salud en Healthy Tots Children's Services, LLC. Tal vez desee usted designar a personas para llamar y hacer sus citas, averiguar los resultados de sus laboratorios, acompañarle durante su examen, ayudarle con preguntas de sus facturas, etc. Por favor haga una lista de esos individuos a continuación.

Solicito y autorizo a Healthy Tots Children's Services, LLC y su personal a brindarme servicios de salud en la presencia de cualquier de las "Personas Designadas" que he nombrado a continuación. También doy a Healthy Tots Children's Services, LLC el permiso de compartir con las "Personas Designadas" que he nombrado información sobre mis citas, resultados de pruebas, asuntos de seguro médico y facturas y cualquier otro asunto médico que pueda surgir. Entiendo que como resultado de mi autorización estas "Personas Designadas" pueden obtener, tener acceso a, o enterarse de mi información de salud protegida y la información sobre mi cuenta de facturas con Healthy Tots Children's Services, LLC. Entiendo que es mi responsabilidad de comunicarme con Healthy Tots Children's Services, LLC para eliminar nombres de este formulario, según sea necesario, si no el "Formulario de Personas Designadas" será respetado como se muestra.

Nombre del Paciente Adulto: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Personas Designadas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

**Recibo del Aviso de las
Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente de
Healthy Tots Children's Services, LLC**

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente** de Healthy Tots Children's Services, LLC:

.....

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre/Tutor Legal*
(Si el/la paciente tiene menos de 18 años)

Fecha

Relación al Paciente: _____

Firma del Paciente (si tiene 18 años o más)*

Fecha

*Si firma por huella digital o "X," un empleado de Healthy Tots Children's Services, LLC debe ser testigo:

Firma del Empleado de Healthy Tots Children's Services, LLC

Fecha

HEALTHY TOTS CHILDREN'S SERVICES, LLC

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE

Este aviso tiene vigencia a partir de 17 de Julio, 2017

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED
PODRÍA SER USADA O DIVULGADA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO
A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE**

**SE NOS REQUIERE POR LEY QUE PROTEJAMOS LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED/O SU
NIÑO**

Es requerido por ley que protejamos la privacidad de la información médica sobre usted/su niño y que le identifica a usted/su niño. Esta información médica pudiera ser información sobre el cuidado de la salud que le proveemos a usted/su niño o el pago por la atención médica provista a usted/su niño. También pudiera ser información sobre la condición presente, pasada o futura de usted/su niño.

Es requerido por ley que le proveamos con esta **Aviso de Prácticas de Privacidad** explicando nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica. Estamos legalmente obligados a seguir los términos de este Aviso. En otras palabras, solo podemos usar y divulgar información médica en la manera que se describe en este Aviso.

Podríamos cambiar los términos de este Aviso en el futuro. Nos reservamos el derecho de hacer cambios y de hacer que el nuevo Aviso sea efectivo para toda la información médica que guardemos. Si hacemos cambios al Aviso, entonces:

- Publicaremos el nuevo Anuncio en nuestra sala de espera.
- Tendremos copias del Anuncio disponibles para quien lo solicite (usted puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad para obtener una copia del Avisovigente).

El resto de este Aviso:

- Tratará de cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted/su niño.
- Explicará sus derechos respecto a la información médica sobre usted/su niño.
- Describirá cómo y cuándo pudiera usted presentar una queja referente a su privacidad.

Si en cualquier momento usted tiene preguntas sobre este Aviso o sobre nuestras políticas de privacidad, procedimientos o prácticas, usted puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad.

**ES POSIBLE QUE USEMOS Y DIVULGUEMOS INFORMACIÓN
MÉDICA SOBRE USTED/SU NIÑO EN VARIAS CIRCUNSTANCIAS**

Todos los días usamos y divulgamos información sobre los pacientes. Esta sección de nuestro Aviso explica en detalle como podríamos usar y divulgar la información médica sobre usted/su niño de manera que podamos proveer atención médica, obtener pago por el cuidado médico, y manejar nuestra empresa de manera eficiente. Esta sección menciona de manera breve varias otras circunstancias en las que podríamos usar o divulgar información médica sobre usted/su niño. Para más información sobre estos u otros usos o divulgaciones, o sobre cualquiera de cualquiera de nuestras políticas de privacidad, procedimientos o prácticas, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

1. Tratamiento

Podríamos usar y divulgar información médica sobre usted/su niño para proveer tratamiento de cuidado de la salud para usted/su niño. En otras palabras, podríamos usar y divulgar información médica sobre usted/su niño para proveer, coordinar o dirigir los servicios relacionados con el cuidado de su salud. Esto pudiera incluir comunicación con otros proveedores de salud en referencia al tratamiento que usted o su niño hayan recibido, y la coordinación y manejo de su salud con otros.

2. Pago

Podríamos usar y divulgar información médica sobre usted/su niño para obtener pago por los servicios de atención médica que usted ha recibido. Esto significa que, dentro de Healthy Tots Children's Services, LLC, podríamos usar información médica sobre usted/su niño para tramitar el pago (como preparación de facturas y manejo de cuentas). También podríamos divulgar información médica sobre usted/su niño a otros (como aseguradoras, agencias de cobro, y agencias de reporte al consumidor). En algunas ocasiones, podríamos divulgar información médica sobre usted/su niño a algún plan antes de recibir ciertos servicios de atención médica porque, por ejemplo, podríamos querer saber si su plan de seguros pagará por un servicio en particular.

3. Operaciones de atención médica

Podríamos usar y divulgar información médica acerca de usted/su niño para realizar una variedad de actividades empresariales que nosotros llamamos “operaciones de atención médica”. Estas actividades de “operaciones de atención médica” nos permiten, por ejemplo, mejorar la calidad de la atención que proveemos y reducir los costos de atención médica.

Nuestros Socios de Negocios - Healthy Tots Children's Services, LLC requerirá por contrato que nuestros Socios de Negocios sigan las mismas leyes y reglas de confidencialidad requeridas de todos los demás proveedores y planes de atención médica. Además, la Ley de HITECH de 2009 requiere que todos los Socios de Negocios cumplan con las regulaciones de privacidad y seguridad de la misma manera que está requerido del proveedor de salud. Nota: Los Socios de Negocios llevan a cabo varias actividades como servicios de facturas, servicios de recepción de llamadas después de hora, vendedores de software médico, etc.

4. Personas involucradas en su cuidado- Designados

Podríamos divulgar información médica sobre usted/su niño a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique como un “DESIGNADO”. Si el paciente es un menor, podríamos divulgar información médica sobre el menor a uno de los padres, tutores u otra persona responsable por el menor, a excepción de limitadas circunstancias. Si usted quiere que se permita que ciertas personas le traigan a usted/su niño para que reciba servicios en Healthy Tots Children's Services, LLC, usted debe llenar un “**formulario de designado**” y estas personas deben estar nombradas en el formulario. Debe considerar que al nombrarles como DESIGNADO pudiera usted les permite obtener la información sobre usted/su niño que aparece en su información médica protegida e información financiera. Para saber más sobre la privacidad de la información de menores de edad contacte a nuestro Oficial de Privacidad. También podríamos divulgar información médica sobre usted/su niño a algún familiar, otra persona involucrada en su cuidado o posiblemente a alguna organización de ayuda humanitaria (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su localización o condición.

Usted puede pedirnos en cualquier momento no divulgar información médica sobre usted/su niño a personas involucradas en su cuidado. Estaremos en acuerdo con su petición y no divulgaremos la información con excepción de ciertas limitadas circunstancias (como una emergencia) o si el paciente es menor de edad. Si el paciente es un menor, podríamos o no acceder a su petición. Usted puede quitar a las personas “DESIGNADAS” en cualquier momento.

5. Personas involucradas en su cuidado- Designados

Podríamos divulgar información médica sobre usted/su niño a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique como un “DESIGNADO”. Si el paciente es un menor, podríamos divulgar información médica sobre el menor a uno de los padres, tutores u otra persona responsable por el menor, a excepción de limitadas circunstancias. Si usted quiere que se permita que ciertas personas le traigan a usted/su niño para que reciba servicios en Healthy Tots Children's Services, LLC, usted debe llenar un “**formulario de designado**” y estas personas deben estar nombradas en el formulario. Debe considerar que al nombrarles como DESIGNADO pudiera usted les permite obtener la información sobre usted/su niño que aparece en su información médica protegida e información financiera. Para saber más sobre la privacidad de la información de menores de edad contacte a nuestro Oficial de Privacidad. También podríamos divulgar información médica sobre usted/su niño a algún familiar, otra persona involucrada en su cuidado o posiblemente a alguna organización de ayuda humanitaria (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su localización o condición.

Usted puede pedirnos en cualquier momento no divulgar información médica sobre usted/su niño a personas involucradas en su cuidado. Estaremos en acuerdo con su petición y no divulgaremos la información con excepción de ciertas limitadas circunstancias (como una emergencia) o si el paciente es menor de edad. Si el paciente es un menor, podríamos o no acceder a su petición. Usted puede quitar a las personas “DESIGNADAS” en cualquier momento.

6. Usos y divulgaciones de prioridad nacional

Cuando sea permitido por ley, podríamos usar o divulgar información médica sobre usted/su niño sin su permiso para varias actividades que se reconocen como “prioridades nacionales”. En otras palabras, el gobierno ha determinado que bajo ciertas circunstancias (descritas a continuación), es tan importante divulgar la información médica que es aceptable hacerlo sin el permiso del individuo. Solo divulgaremos información médica sobre usted/su niño en estas circunstancias cuando se permita por ley hacerlo.

7. Autorizaciones

Además de los usos y divulgaciones descritas anteriormente (#1-6), no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted/su niño sin la “autorización” (o permiso firmado) de usted/su niño o de su representante personal. En algunas ocasiones, nos gustaría usar o divulgar información médica sobre usted/su niño y es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle que firme un **Formulario de autorización**. En otros casos, usted podría contactarnos para pedirnos que divulguemos información médica y nosotros le pediremos que firme un **Formulario de autorización**.

Si usted firma una autorización por escrito autorizándonos el uso o divulgación de información médica sobre usted/su niño, usted puede anular (o cancelar) su autorización (con excepciones en algunas muy limitadas circunstancias relacionadas a obtener cobertura de la aseguradora). Si usted quisiera revocar su autorización, usted debe llenar una **Solicitud de anulación de autorización**. Nuestro Oficial de Privacidad tiene a su disposición las **solicitudes de anulación de autorización**. Si usted anula su autorización, nosotros seguiremos sus instrucciones, salvo en la medida en que ya se haya tomado una acción en base a su autorización.

**USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A LA
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED/SU NIÑO**

Usted tiene varios derechos con respecto a la información médica sobre usted/su niño. Esta sección del Aviso le mencionará brevemente cada uno de estos derechos. Si usted quiere saber más sobre sus derechos y los de su niño, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

1. Derecho a obtener una copia de este aviso

Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** en cualquier momento. Además, una copia de este Aviso estará siempre publicada en nuestra área de espera. Si usted quiere tener una copia de nuestro Aviso, pida al recepcionista una copia o contacte al Oficial de Privacidad.

2. Derecho de acceso a inspección y copia

Usted tiene derecho a inspeccionar (lo cual significa ver o examinar) y a recibir una copia de la información médica sobre usted/su niño, la cual guardamos en una cierta agrupación de expedientes. Si nosotros mantenemos la información médica de usted/su niño en un sistema de Expediente de Salud Electrónico (EHR, por sus siglas en inglés), usted podría obtener una copia electrónica de los expedientes médicos suyos/de su niño. También podría pedir que un tercero reciba una copia electrónica de los expedientes médicos. Si usted desea inspeccionar o recibir una copia de la información médica sobre usted/su niño, usted deberá llenar una **Solicitud de divulgación de expediente médico**. Esos formularios están disponibles en nuestra oficina.

Podríamos negarnos a su petición en ciertas circunstancias. Si negamos su petición, le explicaremos nuestra razón por escrito. También le informaremos por escrito si usted tiene el derecho de hacer que nuestra decisión sea examinada por otra persona.

Si usted desea una copia de la información médica de usted/su niño, nosotros le cobraremos una tarifa para cubrir los costos de la copia. Nuestras tarifas para copias electrónicas de los expedientes médicos estará limitadas directamente a los costos de mano de obra asociados para poder cumplir con su petición. Healthy Tots Children's Services, LLC seguirá los lineamientos del Texas Medical Board para el cobro por copias de expediente médicos, ya sea en papel o electrónicas. Nosotros podríamos proporcionarles con un resumen o explicación de la información en el expediente médico suyo/de su niño. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para más información sobre estos servicios y cualquier posible tarifa adicional.

3. Derecho a enmendar información médica

Usted tiene el derecho de que enmendemos (lo cual significa corregir o añadir) información médica sobre usted/su niño, la cual guardamos en una cierta agrupación de expedientes. Si usted cree que tenemos información ya sea inexacta o incompleta, nosotros podríamos enmendar la información para indicar el problema y notificar a otros que tienen copias de la información inexacta o incompleta. Si a usted le gustaría que enmendemos información, debe llenar una **Solicitud de enmienda** y explicar por qué quiere que nosotros enmendemos la información. Nuestro Oficial de Privacidad tiene a su disposición las solicitudes de enmienda.

Nosotros podríamos negar su petición en ciertas circunstancias. Si negamos su solicitud, le explicaremos nuestra razón para hacerlo por escrito. Usted tendrá la oportunidad de mandarnos una declaración explicando por qué está en desacuerdo con nuestra decisión de negarle su solicitud de enmienda, y compartiremos su declaración siempre que divulguemos la información en el futuro.

4. Derecho a una contabilidad de divulgaciones que hemos hecho

Usted tiene derecho de recibir una contabilidad (lo cual significa una lista detallada) de las divulgaciones que hemos hecho en los previos seis (6) años. Si usted desea recibir una contabilidad, usted deberá llenar una **Solicitud de contabilidad de divulgaciones**. El Oficial de Privacidad tiene a su disposición las **Solicitudes de contabilidad de divulgación**. La contabilidad no incluirá varios tipos de divulgaciones, incluyendo divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si usted solicita una contabilidad más de una vez cada doce (12) meses, podríamos cobrarle una tarifa para cubrir los costos de preparación de la contabilidad.

5. Derecho a solicitar restricciones en usos y divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar que limitemos el uso o divulgación de información médica sobre usted/ su niño para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Bajo ley federal, debemos estar de acuerdo con su petición y cumplir con la(s) restricción(es) solicitada(s) si:

1. A menos que la ley exija lo contrario, la divulgación es para un plan de salubridad con el fin de efectuar pago de operaciones de atención médica (y no para propósitos de llevar a cabo el tratamiento), y
2. La información médica concierne únicamente a un asunto o servicio de atención médica por la cual el proveedor de atención médica involucrado ha sido pagado en su totalidad y en efectivo.

Una vez que se acceda a su solicitud, debemos seguir ciertas restricciones (excepto si la información es necesaria para tratamiento de emergencia). Usted puede cancelar las restricciones en cualquier momento. Además, podríamos cancelar una restricción en cualquier momento siempre y cuando le notifiquemos de la cancelación y sigamos aplicando la restricción a la información colectada antes de la cancelación. Todas las solicitudes para restricciones deberán hacerse llenando una **Solicitud de restricción**. Esta solicitud puede obtenerse comunicándose con el Oficial de Privacidad de Healthy Tots Children's Services, LLC.

6. Derecho a solicitar un método alternativo de comunicación

Usted tiene el derecho de solicitar ser contactado en un lugar diferente o por un método diferente. Por ejemplo, usted pudiera preferir que toda la información escrita se le mande por correo a la dirección de su trabajo en lugar de la de su casa.

Nosotros estaremos de acuerdo con cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de comunicación. Si usted desea solicitar un método alternativo de comunicación, usted debe llenar una **Solicitud de comunicación alternativa**. Nuestro Oficial de Privacidad tiene a su disposición estas **solicitudes de comunicación alternativa**.

7. Aviso de Violación de Información

La Ley de HITECH de 2009 requiere que los proveedores de atención médica y otras entidades cubiertas (como los Socios de Negocios) notifiquen sin demora a los individuos afectados cuando haya habido una violación de información médica protegida. Los proveedores de salud que experimentan una violación de información afectando a 500 individuos o más deben informarles a la Secretaria de HHS y los medios de comunicación de la violación. Violaciones que afectan a menos de 500 individuos serán reportadas a la Secretaria de HHS anualmente. Las regulaciones también requieren que los Socios de Negocios notifiquen al proveedor de salud o a la entidad cubierta de cualquier violación conectada con el Socio de Negocio.

**USTED PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA
SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si usted cree que los derechos de privacidad de usted/su niño han sido violados o si está insatisfecho con nuestras políticas o procedimientos de privacidad, usted puede presentar una queja por escrito ya sea con nosotros o con el gobierno federal.

No haremos nada en su contra ni cambiaremos de ninguna manera la atención que le brindamos a usted/su niño si usted presenta una queja.

Para presentar una queja por escrito con nosotros, usted debe traer su queja directamente a nuestro Oficial de Privacidad, o puede mandarla por correo a la siguiente dirección:

**HIPAA Privacy Officer
Healthy Tots Children's Services, LLC
2804 Southmost Rd.
Brownsville, Tx 78521**

Para presentar una queja por escrito con el gobierno federal, use por favor la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F,
HHH Building Washington, D.C. 20201

Teléfono sin cargo: (800) 368-1019

TDD (Dispositivo de telecomunicación para sordos) sin cargo: (800) 537-7697

Sitio de internet: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> Dirección electrónica: OCRMail@hhs.gov