

Cook Primary School TeleMedicine Clinic

STUDENT INFORMATION PACKET

Date/Fecha \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_ Homeroom/Maestra \_\_\_\_\_  
School year/ Año Escolar \_\_\_\_\_

**Patient Information / Información del Paciente**

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Primary Language/Idioma Principal \_\_\_\_\_

Social Security Number/Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sex/El Sexo: M / F Race/Raza \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Age/Edad \_\_\_\_\_ Place of Birth/ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Street

Address/Dirección \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal \_\_\_\_\_

County/Condado \_\_\_\_\_

Student Resides With/ Estudiante Vive Con: Mother/ Madre Father/ Padre Both Parents/ Ambos padres

Grandparents/ Abuelos Aunt/ tía Uncle/ Tío Other/ Otros: \_\_\_\_\_

**Mother's/Guardian's Information / Información de Guardian o de La Madre**

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship to Patient/ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Social Security Number/Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Street

Address/Dirección \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal \_\_\_\_\_

County/Condado \_\_\_\_\_ Employer/Empleador \_\_\_\_\_

Department/Departamento \_\_\_\_\_ Title/Título \_\_\_\_\_

Work Number/Extension/Numero del Trabajo o Extensión \_\_\_\_\_

Home Phone/Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Cell Phone/ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Other/Otro \_\_\_\_\_ Primary Language/Idioma Principal \_\_\_\_\_

Email Address/Correo Electronico \_\_\_\_\_

**Father's /Guardian's Information/Información de Guardian o de El Padre**

Name/ Nombre \_\_\_\_\_ Relationship to Patient/ Relación con el Pacient \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Social Security Number/Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Street Address/Dirección

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal \_\_\_\_\_

County/Condado \_\_\_\_\_ Employer/Empleador \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MÉDICO**

**Name of Primary Care Physician/ Nombre del Médico de Atención**

**Primaria** \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Phone Number/Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Date Last Seen/ Fecha Visto por Última vez \_\_\_\_\_

**Name of Dentist/ Nombre del Dentista**

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Phone Number/Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Date Last Seen/ Fecha Visto por Última vez \_\_\_\_\_

**Name of any other Health Care Provider/ Nombre de Cualquier otro Proveedor de Atención**

**Médica** \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Phone Number/Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Date Last Seen/ Fecha Visto por Última vez \_\_\_\_\_

**Name of Pharmacy/ Nombre de Farmacia**

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Phone Number/Número de Teléfono \_\_\_\_\_

**List Medication Allergies/ Lista de alergias a Medicamentos**

**List all Medical Problems/ Lista de todos los Problemas Médicos**

**List all Previous Surgeries/Lista de todas las Cirugías Anteriores**

**Family History/ Antecedentes Familiares** (Ex: hypertension, cancer, ect. / Hipertensión, Cancer, ect.)

**Mother/Madre** \_\_\_\_\_

**Father/Padre** \_\_\_\_\_

**Medication List (Include dosage and time)/ Lista de Medicamentos(Incluir la dosis y tiempo)**

Please list any religious/personal beliefs that [INSERT SCHOOL/SCHOOL SYSTEM HERE]'s TeleHealth Clinic needs to be aware of in addressing your care/*Por favor lista cualquier creencia religiosa o personal que [INSERT SCHOOL/SCHOOL SYSTEM HERE] Centro de Telehealth necesita para estar al tanto de abordar su cuidado:*

	<i>Recientes cambios en la visión</i>		<i>renal</i>
	Kidney stones/ <i>Cálculos renales</i>	Difficulty swallowing/ <i>Dificultad al pasar comida</i>	
	<b>HEMATOLOGICAL/ HEMATOLÓGICO</b>	Stomach pain/ <i>Dolor de estómago</i>	<b>BEHAVIORAL /MENTAL/ CONDUCTUALES/ MENTALES</b>
	Anemia/ <i>Anemia</i>	Change in bowel habits/ <i>Cambio en los hábitos intestinales</i>	Nightmares/ <i>Pesadillas</i>
	Sickle cell disease/ <i>Enfermedad de células falciformes</i>	Frequent diarrhea/ <i>Diarrea frecuente</i>	Bed wetting/ <i>Enuresis</i>
	Bleeds or bruises easily/ <i>Sangra o moretones con facilidad</i>	Frequent constipation/ <i>Estreñimiento frecuente</i>	Eating problems/ <i>Problemas alimenticios</i>
	Cancer- Explain type in line below/ <i>Cáncer- Explicar tipo</i>	Incontinence / <i>Incontinencia</i>	Thumb sucking/ <i>Se chupa el dedo</i>
	Chemo/radiation exposure/ <i>Quimioterapia o exposición a la radiación</i>	Bloody stools/ <i>Heces con sangre</i>	Discipline problems/ <i>Problemas de disciplina</i>
	<b>NEUROLOGICAL/ NEUROLÓGICO</b>	Rectal pain/ <i>Dolor rectal</i>	Overactive / hyperactive/ <i>Hiperactivo(a)</i>
	Frequent headaches/ <i>Dolores de cabeza</i>	Hemorrhoids/ <i>Hemorroides</i>	Overly shy/ <i>Desmasiado tímido</i>
	Migraines/ <i>Migrañas frecuentes</i>	Rectal fissures/ <i>Fisuras rectales</i>	Sleeping problems/ <i>Problemas para dormir</i>
	Seizures/ <i>Convulsions</i>	Parasites or worms/ <i>Parásitos o gusanos</i>	Developmental delays/ <i>Retrasos en el desarrollo</i>
	Stroke or paralysis/ <i>Derrame cerebral o parálisis</i>	Pancreatitis/ <i>Pancreatitis</i>	Learning disabilities/ <i>Problemas del Aprendizaje</i>
	Memory problems/ <i>Problemas de memoria</i>	<b>CARDIOVASCULAR/ CARDIOVASCULAR</b>	Depression/ <i>Depresión</i>
	Confusion/ <i>Confusion</i>	Chest pain/ <i>Dolor de pecho</i>	Anxiety/ <i>Ansiedad</i>
	Meningitis/ <i>La meningitis</i>	Palpitations or fluttering in chest/ <i>Palpitaciones en el pecho</i>	Hears Voices/ <i>Oye Voces</i>
	Nerve damage to feet / hands/ <i>Daño a nervios de pies o manos</i>	Dizziness / fainting/ <i>Mareos o desmayos</i>	Angry/ <i>Enojado</i>
	<b>GASTROINTESTINAL/ GASTROINTESTINALES</b>	Swelling in hands / feet/ <i>Hinchazón de las manos o pies</i>	Tobacco use/ <i>Uso de tabaco</i>
	Frequent heartburn/ <i>Acidez frecuente</i>	High blood pressure/ <i>Presión arterial alta</i>	Alcohol use/ <i>Uso de alcohol</i>
	Decreased appetite/ <i>Disminución del apetito</i>	High cholesterol/ <i>cholesterol alto</i>	Drug use / <i>Uso de drogas</i>
	Frequent nausea or vomiting/ <i>Náuseas o vómitos</i>	Shortness of breath with exercise/ <i>Falta de aliento con el ejercicio</i>	Mental disorder – explain below/ <i>Trastorno mental- Explicar</i>
	Liver disease/ <i>Enfermedad hepática</i>	Heart murmur/ <i>Soplo cardíaco</i>	<b>MALE ONLY/ HOMBRES SOLAMENTE</b>
	Jaundice/ <i>Ictérica</i>		Weak urine stream/

**AUTHORIZATION TO BILL INSURANCE/ AUTORIZACIÓN PARA PROYECTO DE LEY DE SEGUROS**

**Please note that Cook Primary School is not responsible for billing or for the collection of any associated fees for the services provided. Your insurance will be billed by the physician's office, and you will be responsible for copays, deductibles, or any other charges not covered by your insurance./**

***Tenga en cuenta que Cook Primary School no es responsable de la facturación o colección de los costos asociados a los servicios prestados. Su seguro será facturado por el consultorio del médico, y usted será responsable de los copagos, deducibles o cualquier otro cargo no cubiertos por su seguro.***

Patient's Name/ *Nombre del Paciente* \_\_\_\_\_

Patient's Birth Date/ *Fecha de Nacimiento del Paciente* \_\_\_\_\_

Patient's Social Security Number/ *Número de Seguro del Paciente* \_\_\_\_\_

**Primary Insurance Company/Compañía de Seguros Primaria**

Insurance Company/ *Compañía de Seguros* \_\_\_\_\_

Name of person insured/ *Nombre de la Persona Asegurada* \_\_\_\_\_

Insured's Birth Date/ *Fecha de nacimiento del Asegurado* \_\_\_\_\_

Insured's Social Security Number/ *Número de Seguro del Asegurado* \_\_\_\_\_

Group Number/ *Número de Grupo* \_\_\_\_\_

Policy or Member Number/ *Número de Póliza o Miembro* \_\_\_\_\_

**Secondary Insurance Company/Segunda Compañía de Seguros**

Insurance Company/ *Compañía de Seguros* \_\_\_\_\_

Name of person insured/ *Nombre de la Persona Asegurada* \_\_\_\_\_

Insured's Birth Date/ *Fecha de nacimiento del Asegurado* \_\_\_\_\_

Insured's Social Security Number/ *Número de Seguro del Asegurado* \_\_\_\_\_

Group Number/ *Número de Grupo* \_\_\_\_\_

Policy or Member Number/ *Número de Póliza o Miembro* \_\_\_\_\_

**Responsible Party/Persona Responsable de Pago**

Name/ *Nombre* \_\_\_\_\_ Date of Birth/ *Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_

Social Security Number/ *Número De Seguro* \_\_\_\_\_

Employer/ *Empleador* \_\_\_\_\_

**A COPY OF YOUR INSURANCE CARD IS REQUIRED/ SE REQUIRE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO**

**In order for your child to receive service at Cook Primary School Telehealth, this consent form must be completed and proper documentation of insurance obtained.**

I hereby voluntarily give my consent for my child listed above to receive telehealth services through **Cook Primary School Telehealth**. I authorize any physician or designated health/mental health professional working with **Cook Primary School Telehealth** to provide care. I understand that additional consent will be obtained prior to each appointment. I have been advised and understand the risks, benefits and consequences of telemedicine consultation for my child at any time without affecting the right to future care of treatment.

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Please list any adult(s), other than parents(s)/guardian(s), over the age of 18 who have permission to give consent for your child to be seen in the Cook Primary School Telehealth Clinic if you are not able to be reached.**

- (1) Name: \_\_\_\_\_ Primary Language: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_
- (2) Name: \_\_\_\_\_ Primary Language: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_
- (3) Name: \_\_\_\_\_ Primary Language: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

**I hereby voluntarily give my consent for the above listed person(s) to approve a school-based telehealth visit in the event that I can not be reached. I understand that I may withdraw my consent from any of the above at any time by submitting a written statement to the school nurse. A written, signed and dated statement from the parent/guardian(s) will be required for the Cook Primary School Telehealth Clinic's records to withdraw my consent from any person(s) listed above. I understand that any person(s) listed above will continue to have my consent to approve a telehealth visit if a written statement is not submitted.**

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF INFORMATION**

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

The information released will be used for the purpose of:  
Primary Healthcare

I, \_\_\_\_\_, give consent for the healthcare providers of **Cook Primary School** to release the telehealth medical records of \_\_\_\_\_ (name of patient) for the purpose of his/her primary care needs to the following provider:

**Name of Office:** \_\_\_\_\_

**Provider's Name:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_

**Phone Number:** \_\_\_\_\_ **Fax Number:** \_\_\_\_\_

I expressly and voluntarily authorize the disclosure of (Insert Patient's Name) \_\_\_\_\_'s healthcare information for the purpose stated above. I understand that I may revoke this Authorization, in writing, at any time, except the extent that action has been taken on this authorization.

Please note the information disclosed pursuant to this request is no longer under the control of the Telehealth Provider and may be subject to disclosure by the recipient.

I understand that I am responsible for any fees associated with this request.

**Printed Name or Parent/Legal Guardian:** \_\_\_\_\_

**Signature of parent/Legal Guardian:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**(Use this form only if applicable)/ (Utilice este formulario sólo si es aplicable)**

**Lab Permission Form/ Formulario de Permiso Lab**

Cook Primary School TeleHealth Clinic

I give consent for Cook Primary School's School-Based TeleHealth Clinic's healthcare providers to perform lab tests (*urine dips, flu swabs, and strep swabs*) on my child as requested by a licensed physician./ *Doy mi consentimiento para que los proveedores de atención médica de la Clínica TeleSalud basada en la Escuela de Cook Primary School para realizar pruebas de laboratorio en la que(salsas orina, hisopos de gripe, e hisopos estreptococo) mi hijo/a lo solicitado por un médico con licencia.*

I understand that my insurance carrier will be billed and any subsequent deductible/balances will be my responsibility./ *Entiendo que mi compañía de seguros será facturado y los saldos / deducibles posteriores será mi responsabilidad.*

I understand that the ordering physician will be the only physician to have access to these results unless requested otherwise./ *Entiendo que el médico solicitante será el único médico para tener acceso a estos resultados a menos que se solicite lo contrario.*

**Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre / Tutor** \_\_\_\_\_

**Date/ Fecha** \_\_\_\_\_

***Cook Primary School's School-Based TeleHealth Clinic offers lab services for your convenience. You have the right to use the lab provider of your choice./ Clínica TeleSalud basada en la Cook Primay School ofrece servicios de laboratorio para su conveniencia. Usted tiene el derecho a utilizar el proveedor de laboratorio de su elección.***

# AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

Este aviso describe cómo la información sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

## Comprender su Expediente de salud / Información

Cada vez que usted visita un hospital, médico u otro profesional de la salud, se hace un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información, a menudo referido como su salud o registro médico, sirve como:

- ◆ Base para planear su cuidado y tratamiento
- ◆ Medios de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado
- ◆ Documento legal que describe la atención que recibió
- ◆ Los medios por los cuales usted o un tercero pagador puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados
- ◆ Una herramienta de los profesionales de salud de educación
- ◆ Una fuente de datos para la investigación médica
- ◆ Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación
- ◆ Una fuente de datos para la planificación de las instalaciones y la comercialización
- ◆ Una herramienta con la que podemos evaluar el trabajo continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que logramos

Entender lo que está en su expediente y cómo la información de salud que se utiliza puede ayudarle a:

- ◆ Asegurar su exactitud
- ◆ Entender mejor quién, qué, cuándo, dónde, y por qué otros pueden acceder a su información de salud
- ◆ Tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros

## Sus Derechos de Información de Salud

Aunque su expediente médico es propiedad física del profesional de la salud de la instalación que se cumplió la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- ◆ Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de la información que conforme a lo dispuesto por 45 CFR 164.522
- ◆ Obtener una copia del aviso de prácticas de información a petición
- ◆ Inspeccionar y copiar su expediente médico según se dispone en 45 CF 164.528
- ◆ Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- ◆ Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- ◆ Revocar su autorización para usar o información médica divulgada excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada.

## Nuestras Responsabilidades

Esta organización tiene la obligación de:

- ◆ Mantener la privacidad de su salud
- ◆ Proporcionarle un aviso a nuestro ordenamiento jurídico deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted
- ◆ Cumplir con los términos de este aviso
- ◆ Te avisaremos si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada
- ◆ Acomodar solicitud razonable que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer efectivas las nuevas provisiones para toda la información médica protegida que mantenemos. En caso de algún cambio en nuestras prácticas de información, le enviaremos un aviso revisado a la dirección que nos has proporcionado.

No vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

## Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con el director de información de salud administrado en 367-9841 extensión 1530

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja ante el director de gestión de información de salud o con la salud y servicios humanos. No habrá represalias por presentar una queja.

## Ejemplos de divulgación para tratamiento, pago y operaciones de salud

*Nosotros usaremos su información de salud para recibir tratamiento.*

**Por ejemplo:** La Información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención médica se grabará en grabar y utilizó para determinar el curso de tratamiento que sea mejor para usted. Su médico documentará en su expediente sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica entonces registrarán las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento

*Haremos uso de muestra información de salud para el pago.*

**Por ejemplo:** Una factura puede ser enviada a usted o un tercero pagador. La información que acompaña la factura puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos, y suministros utilizados.

*Vamos a utilizar la información de salud para operaciones regulares de salud.*

**Por ejemplo:** Los Miembros del personal médico, el gestor de riesgos o mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejoramiento de la calidad pueden usar información de su expediente médico para evaluar los resultados de su caso y otros similares. Esta información será utilizada en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y efectividad de la asistencia sanitaria y el servicio a proporcionar.

*Asociados de Negocios:* Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de urgencias y radiología, algunas pruebas de laboratorio y servicios de anestesiología. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros colaboradores para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos pedido y facturarle a usted o a su tercero pagador de los servicios prestados. Para proteger su información de salud, sin embargo, requerimos que el socio de negocios para salvaguardar su información apropiarse.

*Encuesta de Satisfacción del Paciente:* Podemos revelar información mínima con el fin de completar las encuestas de satisfacción de los pacientes, que se realizan para mejorar los servicios ofrecidos por el sistema.

*Directorio:* A menos que nos notifique que se oponen, usaremos su nombre, ubicación en las instalaciones, condición general y afiliación religiosa con el propósito de directorio. Esta información puede ser proporcionada a miembros del clero y, excepto por afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre.

*Notificación:* Podemos utilizar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación y condición general.

*Comunicación con la familia:* Los profesionales de la salud, usando su mejor juicio, puede revelar a un miembro de la familia, otro, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado.

*Investigación:* Podemos revelar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información de salud.

*Forense, los médicos forenses y directores de funerarias:* Podemos revelar información de salud con el propósito de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte, o de sus funciones según lo autorizado por la ley.

*Citas:* Podemos usar su información para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para el individuo.

*Organizaciones de obtención de órganos:* De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos cadavéricos, ojos, o tejidos con el fin de facilitar la donación y el trasplante.

*Comercialización:* Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

*La recaudación de fondos:* Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos.

*Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):* Podemos revelar a la FDA información de salud relacionada a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia post marketing para permitir el retiro, reparaciones o reemplazo.

*Compensación a trabajadores:* Podemos revelar información de salud para el evento se autorice y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

*Salud Pública:* Según lo requiere la ley, podemos divulgar su información de salud para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidad o la grabación de eventos vitales como el nacimiento o la muerte.

**Por ejemplo:** Se puede revelar información para su uso en los reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica o como es requerido por las leyes que requieren la presentación de informes de ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas. Además, podemos divulgar su información de acuerdo con los requisitos de un válido orden judicial, orden, citación o emplazamiento, así como en respuesta a la petición de un oficial de la ley para tal información con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida o sobre un individuo que es o se sospecha que es víctima de un delito.

*Institución Correccional:* Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a sus agentes la información médica necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

*Las fuerzas del orden:* Podemos revelar información de salud para fines policiales como lo requiere la ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal dispone que su información de salud sea divulgada a una agencia de vigilancia de la salud, autoridad de salud pública o abogado, a condición de que un miembro de la fuerza de trabajo o socio comercial cree de buena fe que hemos participado en una conducta ilegal o que hemos violado de otra forma profesional o estándares clínicos y están potencialmente en peligro uno o más pacientes, los trabajadores o el público.

Día de vigencia: 04 14 03