

**ACUERDO INTEGRADO DE ATENCIÓN MÉDICA INFANTIL
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe las maneras en que podemos usar su información de salud, la de su niño, o de cualquier paciente del cuál usted sea responsable. Describimos también su derecho a ésta información.. Por favor revíselo cuidadosamente.

Este es un aviso formal, cómo requisito legal, le explicamos cómo podemos usar y revelar la INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD para el tratamiento, los pagos, actividades relacionadas con su salud, y para otros propósitos permitidos legalmente, También describe sus derechos para controlar y tener acceso a su INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (“PHI”).

Los términos de éste aviso se aplican a las siguientes entidades corporativas (de aquí en adelante referidas colectivamente cómo “ICHA”) quienes han elegido voluntariamente funcionar cómo un acuerdo integrado de atención médica para los propósitos de este Aviso de Privacidad.

Entidades Unidas o Independientes	Entidades
Greater Ohio Orthopedic Surgeons Ohio Urology, Inc. Children’s Anesthesia Associates Children’s Surgery Center, Inc. Pediatric Academic Association Partner for Kids, Inc.	Children’s Hospital Children’s Research Institute Children’s Hospital; Foundation Children’s Surgical Associates Corp. Children’s Radiologist Institute, Inc Children’s Homecare Services Center for Child and Family Advocacy Pediatric Clinical Trials International Pediatric Pathology Assocs. of Columbus

Información Protegida de Salud, de aquí en adelante referida cómo “PHI” o “su “PHI””, es información relacionada con usted o con un paciente del cuál usted es responsable, incluyendo información demográfica, o de facturación, que pueda identifica a usted o al paciente, y que se relacione con una condición presente, pasada o futura, así cómo los servicios de salud, o pago.

Esto sirve cómo un aviso de nuestras intenciones de mantener toda la información y los expedientes médicos en la más estricta confidencia.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU PHI

PARA EL TRATAMIENTO. Utilizaremos PHI para proporcionar , coordinar o manejar la atención médica y los servicios relacionados con la misma. Esto incluye comunicación con otros médicos, enfermeras, técnicos, oficinistas; proveedores de servicios, cómo especialistas, laboratoristas, prótesis , instituciones, farmacias, etc. quienes proporcionan atención o servicios solicitados por su médico. Por ejemplo, su doctor, enfermera, o asistente social pueden proporcionar información a otros doctores o proveedores de salud para coordinar su cuidado.

PARA PAGOS. Usaremos PHI para obtener pago por los servicios recibidos de las entidades mencionadas en este folleto, para los proveedores que le han atendido, compañías de seguro, o tercera agencia. Esto puede incluir tratamiento previo revisiones, autorizaciones, determinaciones de elegibilidad, cobertura, servicios de revisión proporcionados por necesidad médica, y actividades de empresa en la revisión de la utilización. Por ejemplo, podemos contactar a la compañía de seguros antes de una consulta o hospitalización domiciliaria, cirugía, o estudios, para determinar la necesidad de pre-certificación o para determinar si el plan de seguro cubre los servicios.

PARA LAS ACTIVIDADES DE NEGOCIO. Podemos usar o revelar PHI para apoyar las actividades de nuestra práctica. Estos usos incluye, pero no está limitado a, revisar su tratamiento, y los servicios, para que podamos evaluar a nuestro personal clínico, para el entrenamiento o educación de estudiantes o residentes, la continuación de educación médica, acreditación, aseguranzas, actividades de licenciatura, y para conducir o hacer arreglos de actividades de negocio. Por ejemplo, podemos usar PHI para entrenar a los residentes médicos o estudiantes que atienden a nuestros pacientes. También revelamos su PHI a otras instituciones de salud, personal profesional, o planes con propósitos de control de calidad, si esa entidad está relacionada con su atención médica.

PARA LAS CITAS Y SERVICIOS. Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene programada una cita para un tratamiento o consulta. Podemos comunicarnos con usted para darle resultados de análisis. Usted tiene derecho a solicitar, y procuraremos acomodar sus peticiones razonables de recibir de nosotros comunicación con respecto a su PHI por medios alternativos o de localización alterna (vea “Sus Derechos”).

PARA SOCIOS Compartiremos su PHI con terceras personas “Socios” que ejecutan varias actividades para nosotros como por ejemplo: facturación, o transcripción. Cuando se lleva a cabo un arreglo con un socio para usar o revelar PHI, tendremos un contrato por escrito que contiene los términos que protegen la privacidad de esta PHI.

PARA OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU SALUD. A menos de que usted nos indique lo contrario, podemos revelar PHI que directamente se relaciona a la persona involucrada en la salud del paciente, ya sea un miembro de su familia, pariente, amigo cercano o otra persona que usted identifique. Si usted no puede convenir u oponerse a tal acceso, podemos revelar la información necesaria si determinamos que es para el interés del paciente basándonos en nuestro juicio profesional. Podemos revelar la localización del paciente, la condición general para notificar o asistir a un miembro de la familia, representante de personal, o cualquier otra persona que sea responsable del paciente.

CUÁNDO HAY BARRERAS DE COMUNICACIÓN: Podemos usar y revelar PHI si nosotros, su médico o otros médicos intentan obtener consentimiento de usted pero no pueden hacerlo debido a las barreras substanciales de comunicación, y el médico determina, usando su juicio profesional, que usted intenta consentir al uso o revelación bajo ciertas circunstancias.

EN EMERGENCIAS. No se requiere su consentimiento antes de usar o revelar PHI en una situación de tratamiento de emergencia. Intentaremos obtener consentimiento, pero procederemos con el tratamiento, el uso y revelación de PHI según se necesite. Si esto sucede, trataremos de obtener su consentimiento u objeciones tan pronto como sea razonablemente posible.

PARA BIENES Y SERVICIOS: A menos de que usted tenga una objeción, usaremos y revelaremos su PHI para proveerlo con información que ofrecemos acerca de las alternativas de tratamientos, servicios, y otros beneficios relacionados con la salud. Por ejemplo, su nombre y su dirección serán usados para enviarle un boletín de información acerca de algún producto o servicio que le pueda ser beneficioso.

PARA REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO: Usted puede revocar su Consentimiento por escrito en cualquier momento. Su revocación sera vigente cuando la recibamos, pero no se se aplicará a ningún uso o revelación antes de esa fecha. Si revoca su Consentimiento, no se nos permite usar o revelar información con propósitos de tratamiento, pagos u operaciones de salud, y por lo tanto elegimos discontinuar los tratamientos y servicios de salud que le proveemos,

Otros usos y revelaciones de PHI se conducirán sólo con su Autorización por escrito, a menos que de otra manera sea permitido o requerido por la ley cómo se describe a continuación. Puede revocar una Autorización cuándo lo desee siempre y cuándo sea por escrito.

DIRECTORIO DE LA INSTITUCIÓN Y RECAUDACIÓN DE FONDOS: Si recibe atención en la **entidad de Children's Hospital**, y a menos que usted se oponga, podemos revelar el nombre del paciente en el directorio de la institución (nombre, sala, condición general y afiliación religiosa). También, a menos de que usted se oponga, podemos contactarnos con usted para que contribuya a los esfuerzos de recaudación de fondos a nuestro favor, y en el futuro, usted puede ser contactado por alguna persona ya sea durante o después de su atención médica para investigar sobre su interés en:

- Publicación de su historia con propósitos de recaudación de fondos, artículos de publicidad, videos para recaudar fondos, correo directo, y otros esfuerzos relacionados con la comercialización.
- Visitas con una celebridad o un atleta durante su estancia en el hospital:
- Participación en eventos, tal cómo conferencias de prensa, conciertos sinfónicos y otros eventos dentro y fuera de nuestra institución.

Usted y el paciente siempre tienen la opción de negarse a participar en las actividades mencionadas, puede formalmente optar por escrito al momento de ingresar, o enviando una declaración por escrito a Children's Hospital Foundation, 700 Children's Drive, Columbus, OH 43205, especificando que no desea participar.

PODEMOS USAR Y REVELAR PHI EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES SIN SU PERMISO O AUTORIZACIÓN:

CÓMO SEA REQUERIDO POR LA LEY. Podemos revelar PHI cuándo sea requerido por ley federal, estatal o local. En algunos casos, le avisaremos de tal revelación. Bajo ciertas circunstancias revelaremos información cómo en el caso de heridas por armas de fuego, violencia doméstica, y víctimas de maltrato o negligencia. Podemos revelar su PHI a su empleador si se proporciona tratamiento por accidente o enfermedad relacionada con su trabajo.

PARA LA SALUD PÚBLICA. Podemos revelar información de su salud por razones de salud pública en la prevención o control de enfermedades, heridas, discapacidad; o reportes de nacimiento, muerte, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos (por ejemplo, en cooperación con la *FDA*), problemas con productos, o si sospechamos que existe un riesgo serio a la salud pública.

PARA LA SUPERVISIÓN DE LA SALUD. Podemos revelar PHI a una agencia supervisora de salud para actividades autorizadas. Estas actividades incluyen revisiones, investigaciones, por propósitos de licenciaturas. Estas revelaciones pueden ser necesarias para ciertos estados y agencias federales para controlar el sistema de salud, los programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.

PARA PROCEDIMIENTOS LEGALES. Podemos revelar PHI en el curso de procedimientos administrativos, o judiciales; en respuesta a una orden judicial, citación, petición de descubrimiento, o otros procesos legales, conforme a todos los requisitos legales aplicable.

EN LA APLICACIÓN DE LA LEY. Podemos revelar información si es solicitada por un agente judicial en respuesta a una citación, orden judicial, citación judicial o proceso similar, sujeto a todos los requerimientos legalmente aplicables. También podemos proporcionar información limitada para identificación, ubicación, propósitos de aprensión, información perteneciente a víctimas de crimen, sospecha de muerte como resultado de un acto criminal, en caso de que el crimen ocurra en nuestro local, o este relacionado con una emergencia médica (fuera de nuestro local) en dónde es posible que hubiese sucedido un crimen.

PARA LOS EXAMINADORES MÉDICOS, DIRECTORES DE FUNERARIAS, OFICIALES CRIMINALISTAS. Podemos Revelar PHI con propósitos de identificación, para determinar la causa de muerte, o para que estas personas realicen sus responsabilidades de acuerdo a la ley.

PARA LAS ACTIVIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD. Podemos revelar PHI, si es permitido por la ley federal o estatal, si creemos que esta información es necesaria para prevenir o reducir una seria e inminente amenaza a la salud y seguridad personal o pública.

PARA LAS ACTIVIDADES MILITARES, VETERANOS, SEGURIDAD NACIONAL, E INTELIGENCIA. Podemos revelar PHI de individuos que son o han estado en las Fuerzas Armadas, seguridad nacional o personal de inteligencia si es solicitado por orden militar o autoridades gubernamentales con el

propósito de determinar la elegibilidad de beneficios, por actividades consideradas necesarias por orden del comandante militar apropiado, o para conducir actividades de seguridad social o inteligencia (Protección presidencial o personas autorizadas para recibir protección). También podemos revelar PHI a las autoridades militares del exterior si usted es miembro de ese servicio militar extranjero.

PARA LA REMUNERACIÓN DE TRABAJADORES. Podemos revelar PHI según lo autorizado para cumplir con las leyes de remuneración del trabajador y otros programas similares legalmente establecidos.

PARA PRESOS. Podemos revelar PHI si usted es un preso de una institución correccional y su médico creó, o recibió su PHI para proporcionarle atención médica.

PARA LA INVESTIGACIÓN. Podemos usar o revelar su PHI para los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por el comité de examinadores de una institución que ha revisado la propuesta de investigación y establece protocolos para asegurar la privacidad de esta PHI.

LA LEY DE OHIO. La ley de Ohio requiere que obtengamos de usted una autorización por escrito antes de revelar la realización o resultados de una prueba de VIH *HIV* o diagnósticos de SIDA o condiciones relacionadas.

SUS DERECHOS. Lo siguiente es una declaración de sus derechos respecto a su PHI
--

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su PHI. Usted puede inspeccionar y obtener una copia de su PHI o la de su niño. Todas las peticiones deben hacerse por escrito a la entidad o local que proporciona los servicios de salud. Debe también ser firmado por un padre o tutor, en caso de un menor de edad. Cobramos por las copias y el franqueo, si se envía por correo. Sin embargo, bajo ley federal es posible que usted no tenga derecho a inspeccionar o copiar cierto tipo de su PHI. En algunos casos puede tener el derecho a una revisión de nuestra decisión al negarle el acceso a tal PHI.

Usted tiene derecho a solicitar límites en el uso y revelación de PHI. Usted puede pedirnos que usemos o revelemos cualquier parte de PHI con el propósito de tratamiento, pago, o operaciones de la atención de la salud. También puede solicitar que no se revele PHI a miembros de la familia o amigos que estén implicados en la atención o pago por los servicios. Su petición debe declarar las restricciones específicas que usted solicita y a quien debemos de aplicar la restricción.

No se requiere que su médico este de acuerdo con una restricción que usted solicite. Si el médico cree que debe permitirse PHI para su bienestar o el del niño, el uso de PHI no será restringido. Si el médico está de acuerdo a la solicitada restricción, podemos no usar PHI en violación de esa restricción a menos de que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia.

Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicación confidencial de nuestra parte por medio de una alternativa o en una localidad alterna.

Usted tiene el derecho a que nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos médicos en cierta forma o en cierto lugar. Complaceremos las peticiones razonables. No le pediremos una explicación en cuánto a las razones de su petición. Esta petición debe hacerse por escrito.

Usted tiene el derecho de enmendar su PHI. Si cree que el PHI que tenemos de usted es incorrecto o incompleto, puede pedir que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuándo la información se mantenga en nuestra oficina. Usted debe completar y presentar una enmienda a *Medical Records Amendment/Correction Form* . Podemos negar su petición de enmienda si no está por escrito o si no incluye las razones que apoye su petición. Además, podemos negar su petición si nos pide enmendar la información que no creamos, o si no es parte de la información de salud que tenemos, o que no se le permite inspeccionar o copiar, o si es exacta y completa.

Tiene derecho a recibir un recuento de ciertas revelaciones que hemos hecho. Este derecho se aplica a revelaciones con propósitos de otros tratamientos, pago y operaciones de salud. Tiene el derecho a recibir información específica relacionada con revelaciones que sucedieron antes del 14 de abril del 2003. Debe presentar esta petición por escrito. Podemos cobrarle una cuota por la lista.

Tiene derecho a obtener una copia de este aviso en cualquier momento. Se le pedirá que firme un documento reconociendo que recibió este aviso.

<p>CAMBIOS A ESTE AVISO. ICHA, o cualquiera de los voluntarios participantes, se reservan el derecho a retirar, modificar o cambiar este Aviso en cualquier momento, y hacer las revisiones o cambios efectivos para información de salud que tenemos de usted así como información que recibiremos en el futuro. Las revisiones del Aviso estarán disponibles en cuanto lo desee, poniéndose en contacto con nuestra oficina. Un aviso actualizado o de <i>ICHA Privacy Notice</i>, o Aviso de corporativo separado, en el acontecimiento de un retiro de este aviso será fijado por todos los participantes afectados en un plazo de 60 días desde la revisión.</p>
--

LAS QUEJAS. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito solicitando un formulario de quejas en la localidad o entidad que le proporcione los servicios de salud. También puede presentar una queja a la **Secretaría de Salud y Derechos Humanos en Washington DC**, por escrito y en un plazo de 180 días a partir de la fecha de violación. No habrá represalias por presentar su queja.

También se le puede pedir que firme un reconocimiento de que recibió este Aviso de Prácticas de Privacidad. Este Aviso se público y es vigente a partir del 14 de abril del 2003.

AUTORIZACIÓN PARA TENER ACCESO O LIBERAR
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

Indique el propósito: ____ Revisión de/acceso a expedientes médicos ____ Petición para liberar copias a terceros

Por medio de la presente autorizo a **Children's Hospital, Inc., Columbus, Ohio**, para divulgar la siguiente información personal acerca de mi salud cómo se indica abajo.

Nombre del paciente *Patient Name* _____ Fecha de nacimiento *DOB* _____ CHI MR# _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código de área _____ Teléfono _____

1. Descripción de los expedientes que se liberarán/divulgarán:

- Expediente(s) de ingreso incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcohol, y/o VIH/SIDA *HIV/AIDS*.
Especifique las fechas _____
- Resumen(s) de alta incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcoholismo, y/o VIH/SIDA *HIV/AIDS*.
Especifique las fechas _____
- Expediente(s) del departamento de emergencia incluyendo información psiquiátrica, drogas, alcohol, y/o VIH/SIDA *HIV/AIDS*.
Especifique las fechas _____
- Expediente(s) de clínicas (especifique por favor la localidad y fechas) _____
- Otro expediente(s) del paciente no internado incluyendo información psiquiátrica, asesoramiento & consejería, drogas, alcoholismo, y/o VIH/SIDA *HIV/AIDS*. Especifique las fechas _____
- Otra información (Por favor sea específico) _____

2. Nombre(s) de Individuos o Entidades a los cuáles el Expediente(s) debe divulgarse:

CHI puede divulgar mi información personal de la salud, cómo específico arriba a la(s) siguiente(s) persona(s) o grupo de personas (proporcione nombre completo y domicilio)

(Nombre) _____ (Teléfono) _____ (Fax) _____

(Domicilio) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____

3. El propósito del uso autorizado de la información descrita arriba es el siguiente:

- Para Transferir el Expediente a un Proveedor de Tratamiento Nuevo.
- Para Revisión o Disputa
- Para Revisión del Abogado
- Para Examen Escolar
- Para Uso Personal
- Otro (sea específico) _____

Otra información:

1. Comprendo que si la persona o entidad que recibe la información mencionada no es un proveedor de un plan de salud cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información descrita arriba puede ser divulgada por tal persona o entidad y probablemente no será protegida por las regulaciones federales de privacidad.
2. Cómo se ha descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHI, Yo comprendo que puedo rehusar ésta autorización por escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto de que la acción haya sido tomada por CHI en confianza con esta autorización, enviando una revocación por escrito a Children's Hospital Health Information Management Department 700 Children's Drive, Columbus, OH 43205.
3. Esta autorización se vence: (marque lo aplicable)
 - Al final del estudio de investigación (aplicable solamente si la autorización es para estudios de investigación o la creación y mantenimiento de una base de datos o un depósito de investigación)
 - Otro (inserte la fecha aplicable o evento específico)

4. Entiendo que no se requiere que firme esta autorización, y que CHI no condicionará la disposición del tratamiento o del pago a mí al firmar esta autorización, excepto en el caso de que CHI pueda condicionar la provisión de tratamiento de investigación relacionado a mí al firmar esta autorización para el uso del acceso a la información personal de de salud para tal investigación. CHI puede también condicionar la provisión de mi atención de salud solamente con el fin de crear información protegida de salud para el acceso a terceras personas al firmar esta autorización.
5. Entiendo que a Children's se le permite legalmente negar todas mis demandas de acceso por una o más de las siguientes razones
- Mi petición del acceso no es firmada por mí (el paciente) o mi representante;
 - Mi petición de acceso ha sido firmada por mi representante, pero no ha proporcionado información en la fuente de su autoridad para actuar en mi favor;
 - El CHI no mantiene la información que he solicitado para copiar o inspeccionar;
 - La información que he solicitado no forma parte de nuestros expedientes;
 - Mi petición es para notas de psicoterapia;
 - Mi petición incluye información copilada para litigio;
 - Mi petición incluye información llevada a cabo por nuestro laboratorio a la cuál legalmente no es accesible;
 - Mi petición incluye información creada u obtenida en el curso de una investigación que está en progreso y que incluye mi tratamiento y convine esta negación del acceso al consentir participar en la investigación;
 - Un profesional de salud licenciado ha determinado que el acceso solicitado probablemente ponga en peligro mi vida o la de otra persona así como causar daños substanciales a mí u otras personas.
 - Mi petición es copiar información y soy un interno en una institución correccional (Conservo el derecho a inspeccionar la información); o
 - Mi petición se relaciona a cierta información que fue obtenida de una fuente confidencial y CHI no esta obligado legalmente a proveer el acceso.
6. Entiendo que Children's Hospital conserva los servicios de correspondencia/copiado, y requiere el pago de honorarios por adelantado por las copias solicitadas (Nota: Las copias de radiología/rayos x son procesadas por el Departamento de Radiología) y tienen un horario de honorarios separado. Contacte al Departamento de Radiología directamente para mayor información). El horario de honorarios es definida por la ley de Ohio y es la siguiente:

\$15.00 Honorario Administrativo (si es aplicable)	\$0.20 por página del 50 en adelante
\$ 1.00 por página del 1-10	\$1.50 por página por todos los expedientes en microfich o medios de microfilm
\$ 0.50 por página del 11-50	Cantidad de franqueo (si los expedientes se envían por correo)

Nombre del representante personal, si es aplicable _____

Relación del representante personal al paciente o declaración de autoridad personal _____

Firma del paciente (o representante del paciente) _____
 (If verbal authorization, note this above and document who authorized *Si una autorización verbal, anote arriba y documente quién autorizó*)

Fecha _____

Nombre del representante de Children's Hospital *Name of Children's Hospital Representative* _____

Fecha _____

Para el Uso de la Oficina Solamente For Office Use Only

Verification of Identity

Check all means of verification as applicable

In Person	In Writing	Over Phone
<input type="checkbox"/> Driver's License or other government issued picture ID. <input type="checkbox"/> If no picture ID, 3 forms of identification with name on them. <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Verified patient/parent information in SMS. <input type="checkbox"/> Verified signature against documents already on file.	<input type="checkbox"/> Billing ardes <input type="checkbox"/> Patient's Date of Birth <input type="checkbox"/> Mother's SSN <input type="checkbox"/> Child's middle name <input type="checkbox"/> Social Security Number <input type="checkbox"/> MR# or account # if known <input type="checkbox"/> Insurance ID number <input type="checkbox"/> Auditory recognition/voice recognition

Children's Hospital

Columbus, Ohio

CONSENTIMIENTO GENERAL

General Consent

FOTOS Y TV PARA EL INTERÉS PÚBLICO

Yo consiento a grabación para la television y fotografiar a:

_____ y se usen en le hospital en publicaciones educativas y de investigación, así cómo para promover el interés público en Children's Hospital y sus programas.

Firma _____ Parentesco _____ Testigo _____

TRANSPORTACIÓN PARA TRATAMIENTO ESPECIAL

Yo estoy de acuerdo y doy permiso a Children's Hospital para **TRANSPORTAR** a _____ del Children's Hospital a _____ para tratamiento especial cómo se explica aquí: _____

Firma _____ Parentesco _____ Testigo _____

ENCUENTRO FUERA DE SITIO

Por medio de esta certifico que Children's Hospital, Columbus, Ohio está autorizado para revelar a las pesona(s) mencionadas aquí _____ por RAZONES Y TIEMPOS DE PERÍODO(S) indicados, documentando aquí un Código de razón(s) por cada período.

Códigos de Razones: F=Visita de ensayo funcional (eje rehabilitación) *Functional Trial Visit(i.e. rehabilitation)*

P=Visita Personal *Personal Visit*

O= Consulta fuera del sitio o terapia (incluye multiple visitas necesarias con este propósito y también transportación para tratamientos especiales

De _____ a _____ por _____
Fecha/hora Fecha/hora

CÓDIGO DE RAZÓN

Me haré responsable de manter la identificación de Children's Hospital durante el encuentro fuera del sitio.

- He recibido adecuada educación antes del encuentro fuera del sitio.
- El equipo adecuado durante el encuentro fuera del sitio se ha hecho disponible.

Firma _____
PADRE/TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

De _____ a _____ por _____
Fecha/hora Fecha/hora

CÓDIGO DE RAZÓN

Me haré responsable de manter la identificación de Children's Hospital durante el encuentro fuera del sitio.

- He recibido adecuada educación antes del encuentro fuera del sitio.
- El equipo adecuado durante el encuentro fuera del sitio se ha hecho disponible.

Firma _____
PADRE/TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

De _____ a _____ por _____
Fecha/hora Fecha/hora

CÓDIGO DE RAZÓN

Me haré responsable de manter la identificación de Children's Hospital durante el encuentro fuera del sitio.

- He recibido adecuada educación antes del encuentro fuera del sitio.
- El equipo adecuado durante el encuentro fuera del sitio se ha hecho disponible.

Firma _____
PADRE/TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

De _____ a _____ por _____
Fecha/hora Fecha/hora

CÓDIGO DE RAZÓN

Me haré responsable de manter la identificación de Children's Hospital durante el encuentro fuera del sitio.

- He recibido adecuada educación antes del encuentro fuera del sitio.
- El equipo adecuado durante el encuentro fuera del sitio se ha hecho disponible.

Firma _____
PADRE/TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

RETIRO DE CHILDREN'S HOSPITAL

Por medio de la presente certifico que retiro a _____ de Children's Hospital, Columbus, Ohio por voluntad propia y contra la recomendación del Personal Médico del hospital, libero al hospital y a los médicos de cualquier responsabilidad en este caso. Mi razón para retirar al niño/a es la siguiente: _____

Firma _____ Parentesco _____ Testigo _____

RECIBIENDO (DAR DE ALTA)

Por medio de la presente certifico que estoy recibiendo a _____ de Children's Hospital, Columbus, Ohio.

Firma _____ Parentesco _____ Testigo _____

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Cómo paciente de Children's Hospital, yo y mis padres/familiares/tutores/visitantes tenemos éstos derechos y responsabilidades.

LOS DERECHOS:

SER identificado correctamente y ser llamado por mi nombre.

RECIBIR una sonrisa y atención amable.

SER evaluado cuidadosamente y ser tratado con prontitud y cortesía.

SABER los nombres de mis doctores, enfermeras y personal que me atiende.

TENER mis necesidades básicas resueltas -ser aseado, mantenerme cómodo y sin restricciones siempre que sea posible

TENER un horario tan normal cómo sea posible -dormir sin interrupciones, tiempo de reposo, juegos, escuela, el confort de mis padres y miembros de mi familia, y el horario debe ser diseñado para mi conveniencia tanto cómo sea posible. Los horarios no permiten a veces esto y entiendo que así puede ocurrir.

TENER un horario para mis estudios y procedimientos que no me tengan hambriento y sediento más de lo que sea necesario.

HACER elecciones cuándo sea posible siempre y cuándo no interfieran con la calidad de mi cuidado.

LLORAR y hacer ruido, u objetar a cualquier cosa que me cause dolor.

TENER a mis padres conmigo en cualquier momento que les sea posible quedarse siempre y cuándo no interfiera con mi cuidado.

TENER un intérprete para mí y mi familia cuándo sea posible.

SE me diga lo que me pasa, y que se me conteste honestamente, con palabras que pueda entender.

TENER confidencialidad sobre mi enfermedad.

TENER acceso a una revisión ética.

COMPRENDER que los doctores discutirán profesionalmente mi situación para que yo pueda recibir la mejor atención. Algunas veces esas discusiones se harán al pie de mi cabecera, en mi habitación en el pasillo. Mis padres o yo tenemos el derecho a saber lo que está sucediendo cuándo sea posible.

SER dado de alta tan pronto cómo sea posible sin causar daños a mi salud.

TENER acceso y revisara mi expediente médico

RECIBIR el Aviso de Prácticas de Privacidad.

SOLICITAR un recuento de las revelaciones, medios alternantes de comunicación, enmiendas a mi expediente médico y las restricciones en el uso de mi información de salud.

LAS RESPONSABILIDADES:

USAR siempre la identificación de Children's Hospital

DAR información acerca de mi salud.

REPORTAR cambios de mi condición.

DECIR a las personas que me atienden cuándo no entiendo el plan de mi cuidado, o lo que se espera de mí.

SEGUIR mi plan de tratamiento.

SABER, cuáles serán las consecuencias, si me niego a seguir el tratamiento,

SEGUIR las reglas de Children's Hospital acerca del cuidado del paciente y la conducta.

TENER consideración de otros pacientes y el personal.

AYUDAR a controlar el ruido, el fumar y las distracciones.

AYUDAR a proveer un intérprete para mí y mi familia cuándo sea posible.

RESPETAR la propiedad ajena en Children's Hospital.

SABER Y COMPRENDER mi responsabilidad personal bajo HIPAA incluso mi responsabilidad de optar por negarme por escrito a ciertas actividades.