

SERVICIOS AL PACIENTE EXTERNO – FORMA DEL HISTORIAL DEL NIÑO

Información del niño Fecha

Nombre /sexo	Nombre:		sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento /la edad/la escuela	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado/ escuela:
Dirección de domicilio	Calle, Apartamento, Ciudad, Estado, Código postal		
Contacto de la emergencia	Nombre:	Teléfono:	

Información de los padres/del guardián

Padre /guardián uno	Nombre:		sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de teléfono	Domicilio:	Trabajo:	Célular:
Empleo	Nombre del empleador:	Ocupación:	
Padre /guardián dos	Nombre:		sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de teléfono	Domicilio:	Trabajo:	Célular:
Empleo	Nombre del empleador;	Ocupación	
Dirección deE-correo	Padre/guardian uno	Padre/guardián dos	

¿Quién le refirió al TLC?

Nombre	
Relación al niño	
Razón de la referencia	
¿Servicios anteriores por algún departamento del TLC?	

Otras personas responsables

Guardian (con excepción de los padres/del guardian principal)		
Nombre:	Dirección:	Teléfono:

Una organización sin lucros sirviendo a individuos con necesidades especiales desde 1950

El Servicio de apoyo para adultos con discapacidades y para jóvenes en tránsito de educación preparatoria al trabajo. El Centro de Oído. La escuela Katherine Thomas. Servicios a pacientes externos. Servicio de evaluaciones psico-educacionales y tutorías. Programas de verano de TLC.

Por favor enumere a todas las personas que residen en su hogar

Nombre	Relación	Edad

Importante Historial médico de la familia

[i.e hablar-Lenguaje, auditivo, sensorial/discapacidad motórica o de aprenddizaje; atención limitada ; ansiedad/ depresión; otras enfermedades o condiciones]

Nombre	Relación	Diagnosis

Historia de nacimiento y de desarrollo

Nacimiento e infancia				
Embarazo	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿Era la salud de la madre durante embarazo buena a excelente?				
¿ Tomó medicamentos durante el embarazo?				Qué /cuándo:
¿ Nació el bebé en la fecha indicada o nació dentro de dos semanas antes/después de la fecha indicada?				
¿Cuál era el peso del bebé al nacer?				
¿ Adoptaron a su niño?				País de origen:
¿Si fue adoptado, cuál era la edad del niño al adoptarlo?				
¿Si fue adoptado, hay alguna historia conocida que se podría relacionar con el problema actual?				
Parto y nacimiento				
¿Fueron normales el parto y el nacimiento?				
¿ Fue inducido el parto?				
¿Fue el parto a traves de una cesárea?				
¿Hubo evidencia de lesión o de la salud pobre al nacer?				
¿Cuáles fueron los resultados de APGAR del bebé?				
Otro:				
Infancia				
¿Hubo problemas de alimentación?				
¿Exhibió el bebé el nivel promedio al hacer actividades?				
¿Estaba la salud del bebé buena durante los primeros meses de vida?				
Otro:				
Otro:				

Desarrollo general				
Metas de desarrollo		N/A		Información adicional
¿Cuándo pudo el niño sentarse sin apoyo?	Edad:			
¿Cuándo empezó a gatear ?	Edad:			
¿Cuándo empezó a caminar ?	Edad:			
¿Cuándo el niño comenzó a balbucear?	Edad:			
¿Cuándo el niño produjo sus primeras palabras?	Edad:			
¿Cuándo el niño comenzó a combinar palabras?	Edad:			
Habilidades motóricas gruesas y finas	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿Hay una historia de problemas con habilidades motóricas gruesas (caminando, corriendo, subiendo)?				
¿Hay actualmente problemas con habilidades de motóricas gruesas?				
Hay una historia de problemas con las habilidades motóricas finas (e.g.,levantando objetos, vistiéndose)				
¿Hay actualmente problemas con las habilidades motóricas finas?				
¿Qué mano el niño utiliza lo más a menudo?				<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> derecha <input type="checkbox"/> Utiliza ambas manos igualmente
Comunicación	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿ El discurso y el desarrollo de la lengua parecían progresar normalmente, y después pararon o regresaron?				
¿ El niño parece entender lo que uno dice?				
¿ El niño sigue direcciones verbales?				<input type="checkbox"/> 1 paso <input type="checkbox"/> paso 2 <input type="checkbox"/> paso 3+
¿ Puede hablar el niño?				
¿ Produce el niño vocalizations que suenan como la lengua del hogar, pero ilegibles(p.e, jerga)?				
¿Cuál de los siguientes el niño utiliza más a menudo?				<input type="checkbox"/> Sonidos <input type="checkbox"/> Sílabas <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Sonidos + gestos <input type="checkbox"/> palabras solas <input type="checkbox"/> Series de palabras solas (pausas entre las palabras) <input type="checkbox"/> palabras solas+ frases cortas <input type="checkbox"/> oraciones completas/ gramaticalmente incorrectas <input type="checkbox"/> oraciones completas/ gramaticamente CORRECTAS <input type="checkbox"/> historias recontadas/experiencias que otros entienden
¿ El niño vacila a menudo cuando habla y/o repite sonidos/palabras o frases?				
El habla/la pronunciación del niño es				<input type="checkbox"/> Entendido por cada uno <input type="checkbox"/> Entendido por la familia/cuidadores <input type="checkbox"/> mal entendido <input type="checkbox"/> ilegible <input type="checkbox"/> Ausente
La frecuencia del habla del niño es				<input type="checkbox"/> muy rápido <input type="checkbox"/> muy lento <input type="checkbox"/> Promedio
El volumen del niño es				<input type="checkbox"/> muy bajo <input type="checkbox"/> muy alto <input type="checkbox"/> Promedio
La calidad de la voz del niño es				<input type="checkbox"/> Ronca <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> "congestionada" - como durante un resfrío
Otro:				
Oído	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿ El niño tiene una historia de pérdida de oído?				
¿ El niño usa un auxiliary de oído?				
¿ El niño aparece tener dificultad de oír?				
Es el niño constante en responder a sonidos y a voces?				tipo HA :
Proporcione por favor la información con respecto a la prueba más reciente del oído del niño.	Fecha:			Resultados:

Historial médico	SÍ	NO	N/A	Información adicional
Enumere por favor todos los diagnósticos:				
Ha tenido el niño alguna vez fiebre de 104° o más?				
¿Está el niño actualmente bajo tratamiento para alguna condición médica?				
¿Hay problemas con la visión?				
¿ El niño se ha hecho una evaluación de la vision?				Resultados:
¿ El niño usa lentes correctivos para la visión?				
¿Es el desarrollo de dientes normal?				
¿ Deurme bien el niño?				
¿ Tiene el niño un buen apetito?				
¿Tiene el niño una dieta especial?				
Medicaciones				
Por favor complete esta sección si el niño toma medicamentos prescritos o si toma regularmente medicamentos comprados sin recetas..	Nomb re	Dosis	frecuen cia	Razón para tomar
Medicamento:				
Enfermedades o condiciones				
Por favor proporcione información con respecto a la historial de enfermedades.	Edad	Describa el tratamiento y/o las complicaciones		
Alergias (p.e, alimentos, mordeduras de insectos, látex, polen, medicación, etc.)				
varicela				
Resfríos crónicos				
Infecciones del oído				
Envenenamiento de plomo				
Sarampión				
Paperas				
Espasmos, convulsiones, o parálisis				
amigdalitis				
Otro:				
Lesiones y/o cirugías				
Por favor proporcione la información con respecto a cualquier lesión, cirugía, u hospitalización.	Edad	Describa el tratamiento y/o las complicaciones		
Evaluaciones anteriores	SÍ	NO	Fecha	Agencia/persona
evaluación educativa/psicológica				
Evaluación del oído/de la audiología				
Evaluación de terapia ocupacional				
Evaluación de terapia física				
Evaluación de la lengua/language				

Terapias anteriores	SÍ	NO	Fecha	Agencia/persona
Asesoramiento				
Terapia ocupacional				
Terapia física				
Terapia de la lengua y language				
tutoría				
Otra Información relacionada con la historia médica y/o de desarrollo				
Otra información que usted quisiera que supiéramos sobre la historia médica y/o de desarrollo del niño.				

Historia social y emocional

Comportamientos	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿ El niño está más interesado en objetos que en gente?				
¿ El niño demuestra comportamientos estimulantes de si mismo?				<input type="checkbox"/> mecer <input type="checkbox"/> Aleteo de brazos <input type="checkbox"/> Movimiento de manos <input type="checkbox"/> Otro:
¿ El niño se golpea la cabezar?				
¿ El niño se da por vencido fácilmente?				
¿ El niño exhibe comportamientos ritualistas o compulsivos?				
¿ El niño se entabla a comportamientos peligrosos para uno mismo o para otros?				
Otro:				
Si el niño ha expuesto los siguientes comportamientos, por favor indique la edad en que ocurrió y describa las medidas tomadas para alterar los comportamientos.				
Comportamiento	Edad (de - a)		Medida para alterar el comportamiento	
Mojar la cama				
Depresión				
Dificultad al separarse de los padres				
Dificultad para sentarse tranquilamente				
Frecuentes dolores de cabeza /dolores de estómago				
Inhabilidad de permanecer con una actividad hasta el final				
Autoestima negativa				
Nerviosismo /ansiedad				
No sumiso /desafío				
físicamente ataca a otros				
Timidez				
Insomnio				
Miedos fuertes - pesadillas				
berinches				
Chupar los dedos				

Por favor conteste las preguntas siguientes con respecto al comportamiento de su niño.			
¿Qué tipo de actividades o juguetes prefiere su niño?	Describa por favor:		
¿ Su niño juega con otros niños de la misma edad?	SÍ	NO	Describa por favor:
¿ Alguna vez usted se preocupa porque su niño no juega bien con otros niños?	SÍ	NO	Describa por favor:
¿ Cree usted que su confrontamiento a la disciplina es eficaz?	SÍ	NO	Describa por favor:
Otra Información relacionada con la historia social y emocional			
Otra información que usted quisiera que supiéramos sobre la historia social y emocional del niño:			

Historia del language

Lengua primaria del niño	
Exposición a otra lengua	
Edad en la cual otros idiomas fueron introducidos	
¿Dónde (p.e la casa, la guardería, o la escuela)?	
¿Quién habla la otra lengua?	
El niño puede	<input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Entender <input type="checkbox"/> Escribir <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Entender <input type="checkbox"/> Escribir

Historia educativa

Nombre del distrito de la escuela pública donde vive el niño			
Escuelas atendidas anteriormente (incluya el pre-escolar)			
Escuela actual			
Escuelas anteriores			
El grado más alto terminado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Grado actual:	
¿ El niño ha repetido alguna vez un grado?	SÍ	NO	Describa por favor, incluyendo los grados repetidos
¿ Hay actualmente preocupaciones sobre el progreso escolar?	SÍ	NO	Describa por favor
¿ El niño recibe servicios especiales en la escuela?	SÍ	NO	¿ Si es así cuáles servicios recibe?

Información adicional

Otra información usted quisiera que supiéramos sobre su niño:

Médico de cabeza

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

Persona que llena este formulario	
Relación con el niño	

Firma: _____ **Fecha:** _____



2092 Gaither Road, Suite 100
 Rockville, Maryland 20850
 301.424.5200
 Fax 301.424.8063
 TTY 301.424.5203
 www.ttlc.org

**Consentimiento acordado y Autorización
 para los servicios
 Autorización para usar, obtener, y/o divulgar
 Información de salud protegida**

Nombre del consumidor: _____ **Fecha del nacimiento:** _____

Consentimiento para los servicios

Autorizo, consiento, y ordeno por este medio a TLC – los centros de tratamiento y aprendizaje o sus agentes, oficiales, empleados, y representantes para utilizar procedimientos, métodos, y los materiales que sean prudentes, y razonables, para ofrecer los servicios solicitados e indicados abajo.

Autorización para usar, obtener y/o divulgar información de salud protegida.

Autorizo al profesional del TLC y/o el personal administrativo para utilizar, obtener, y /o divulgar la siguiente información de salud protegida.

Seleccione el servicio para ser proporcionado y/o la información de salud protegida que será utilizada, obtenida y/o divulgada (marque todo lo relevante)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiología | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Psicológico |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional/física | <input type="checkbox"/> tutoría/consejería | <input type="checkbox"/> Otro:(describa) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje -Lengua | <input type="checkbox"/> Educacional | _____ |

Tipo de información (marque todo lo relevante)

Además autorizo a TLC para usar, para obtener y /o para divulgar la información de salud protegida de la(s) forma(s) siguiente(s):

<input type="checkbox"/> Escrito	<input type="checkbox"/> intercambio verbal	<input type="checkbox"/> Expedientes de video/ de audio	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo de voz	Email <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (véase la página 2 si marcó sí)		
		Email:		

Autorizo a TLC para intercambiar la información por lo siguiente:

NOMBRE	DIRECCIÓN COMPLETA [Incluya el TELÉFONO, si es aplicable]
personal/padre <i>[usted debe estar enlistado si usted desea una copia de informes]:</i>	
Médico:	
Escuela o agencia de financiamiento:	
Otro:	

Vea al otro lado, POR FAVOR →

Esta información de salud protegida está siendo utilizada o divulgada por su petición para el seguimiento de los profesionales participantes, y/o para propósitos del seguro/ de reembolso, e investigación. (Si está utilizada para la investigación, no se dará a conocer información identificada).

Por este medio le absuelvo al TLC, a sus agentes, a sus oficiales, a sus empleados, y a sus representantes de responsabilidad legal o ***para los servicios proporcionados o la información dada conforme a esta autorización.**

NOTA CON RESPECTO AL SEGURO:TLC no es un proveedor participante con ningún HMO, PPO, o POS, o algún otro plan de seguros con excepción de lo siguiente:

- (1) CIGNA (**terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, y audiología**)
- (2) United Healthcare (**audiología solamente**)
- (3) Medicare (**audiología solamente**).

Autorizo a TLC para someter las demandas para los servicios elegibles de acuerdo a mi proveedor de seguro; TLC someterá las reclamaciones solamente a los planes mencionados. Entiendo que se va a requerir que haga co-pagos, cantidades aplicadas a los deducibles, y cualquiera carga no pagada de acuerdo con los beneficios del seguro en efecto durante el tiempo que se ofrecieron los servicios. En caso de que no se pagara las reclamaciones sometidas, acepto pagar la cantidad completa de todos los servicios ofrecidos.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación escrita a

**Director of Administrative Services, TLC
2092 Gaither Rd. suite 100
Rockville, MD 20850**

A menos que esté revocada por escrito, esta autorización estará en vigor y en efecto por 1 año a partir de la fecha de este documento, en cuyo caso esta autorización de utilizar y/o de divulgar esta información protegida de la salud expirará.

RECONOCIMIENTOS

AVISO DE CONSENTIMIENTO DEL EMAIL (Si usted marcó Sí al email en la página 1)

Su firma abajo es su petición de comunicar personalmente la información identificable referente a los servicios suyos /de su hijo por E-mail sin el uso del encripto. Enviar personalmente la información identificable por E-mail tiene un número de riesgos que usted debe saber antes de dar su permiso. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- El E-mail se puede remitir y almacenar en formato electrónico y de papel fácilmente sin el conocimiento anterior del cliente o del otro partido responsable.
- Los remitentes del E-mail pueden usar una dirección equivocada la información personal identificable se puede enviar por error a recipientes incorrectos.
- El E-mail no encripto enviado sobre el Internet no es seguro y puede ser interceptado por desconocidos terceros.
- El contenido del E-mail se puede cambiar sin el conocimiento del remitente o del receptor.
- Copias de respaldo del E-mail pueden existir a pesar de que el remitente y el receptor hayan borrado los mensajes.
- Los empleadores y proveedores de servicio en línea tienen el derecho mirar los emails enviados a través de sus sistemas.
- E-mails pueden contener virus dañosos y otros programas.

Reconocimiento y acuerdo

Reconozco que he leído y he entendido los tópicos arriba que describen los riesgos inherentes al usar E-mail para comunicar información identificable. No obstante, autorizo a TLC – Los centros de tratamiento y aprendizaje, y a los miembros de mi equipo de tratamiento para comunicarse conmigo a mi dirección de E-mail respecto a los servicios proporcionados a mi/ a mi hijo, incluyendo pero no limitado a la comunicación sobre servicios recibidos, mi/su progreso hacia las metas, y cualquier otro asunto relacionado. Entiendo que el uso del E-mail no encripto presenta los riesgos mencionados arriba y puede dar a conocer información no intencional.

También acepto de no comunicarme por email con TLC, y utilizaré otros medios de comunicación (p.e., teléfono, visita en persona, etc.) para lo siguiente:

- Emergencias u otros asuntos sensibles en tiempo que requieren acción inmediata
- Investigaciones que tratan de información sensible
- Situaciones en las cuales TLC no responde/no puede responder por E-mail (p.e., oficinas cerradas, interrupción de energía)

Entiendo que TLC hará un intento razonable de volver todos los mensajes de E-mail recibidos dentro de dos (2) días laborales; sin embargo, si no recibo una respuesta antes del cierre del negocio en el segundo día laboral de mi comunicación por E-mail, estoy de acuerdo para utilizar otros medios para comunicarme con TLC. Entiendo también que comunicar con TLC a través del e-mail me es ofrecida como conveniencia y estoy de acuerdo de no hacerle responsable a TLC de ningún gasto, pérdida, o daño causados por o resultando de lo siguiente:

Un retraso en responder por TLC, o cualquier daño causado a mí/el cliente resultando de tal retraso, incluyendo, pero no limitado a lo siguiente: ausencia del terapeuta, el no poder de responder a tiempo por el terapeuta, por faltas técnicas causadas por el proveedor del servicio de Internet del TLC, interrupciones de la energía, mal funcionamiento del software del correo electrónico de TLC, falta de TLC o de mí/el cliente de dirigir correctamente los mensajes de E-mail, mal funcionamiento de las computadoras de TLC/de la red, o el mal funcionamiento de la transmisión de datos por teléfono/ por cable

- Cualquier interceptación de las comunicaciones mías o de TLC por terceros.
- Mal uso por mi parte de las reglas acerca el uso de comunicaciones por email como explicado arriba.

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Al firmar esta forma, usted reconoce que los centros de tratamiento y aprendizaje /KTS le ha proporcionado el acceso a una copia del aviso de la privacidad de HIPAA, que explica cómo su información de la salud será manejada en varias situaciones. Por ley, se requiere que usted firme este reconocimiento en la primera cita de servicios con nosotros.

La oficina me ha proporcionado con el acceso a su aviso de privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta poliza de privacidad para mi uso personal.

RECONOCIMIENTO GENERAL

Reconozco que he leído, he entendido, y estoy de acuerdo con el contenido de este documento.

Entiendo y acepto las pólizas, los procedimientos y los honorarios relacionados con los servicios que he solicitado.

Firma de la persona que recibe servicios o del representante legal

Fecha

Relación a la persona que recibe servicios



The Treatment and
Learning Centers

TLC

a family of services where caring comes first

Aviso de Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe cómo médico información acerca de usted puede ser utilizado y revelada y cómo se puede obtener acceso a esta información. Por favor revise lo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso póngase en contacto con: nuestro oficial de privacidad, el coordinador de servicios de consulta externa en (301) 424-5200.

Este aviso de prácticas de privacidad describe el modo en que podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para efectuar las operaciones de servicios, pago o la asistencia médica y para otros fines que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y controlar su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se refiere a su pasado, presente o futura salud física o mental o condición y relacionados con servicios de atención de la salud.

Estamos obligados a cumplir los términos de este aviso de prácticas de privacidad. Nosotros podemos cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento. A su solicitud, le daremos con cualquier aviso de prácticas de privacidad revisada acceder a nuestro sitio Web www.ttlc.org, llamando a la Oficina y solicitando que se envíe un ejemplar revisado a usted en el correo o pidiendo a uno en el momento de su próxima cita.

1. USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.

Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida Basada en su Consentimiento Escrito.

Se le pedirá por el Tratamiento y Centros de Aprendizaje (TLC) para firmar un formulario de autorización. Una vez que has autorizado el uso y la divulgación de su información de salud protegida para servicios, pago y operaciones de atención de salud al firmar el formulario de autorización, TLC se utilizar o revelar su información de salud protegida tal y como se describe en esta sección.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida TLC está permitido para una vez que han firmado nuestro formulario de autorización. Estos ejemplos no están pensados para ser exhaustiva, pero para describir los tipos de usos y divulgaciones que pueden realizarse por nuestra Oficina una vez le han proporcionado consentimiento.

Servicios: We se utilizar y divulgar su información de salud protegida para facilitar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Por ejemplo, podría revelar su información de salud protegida, como sea necesario, a otros profesionales que pueden ser servirle cuando tenemos el permiso necesario de usted para divulgar su información de salud protegida además, podemos divulgar su información de salud protegida de tiempo-a-tiempo a otro TLC profesional o salud proveedor (por ejemplo, un especialista o laboratorio) que, a petición se involucra en su atención médica.

Pago: Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención a la salud. Esto puede incluir ciertas actividades que su salud plan de seguro podrá comprometerse ante sí aprueba o paga por los servicios de atención médica.

Operaciones de Cuidado de la Salud: Nosotros podemos utilizar o revelar, como necesaria, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades de negocio de nuestra práctica. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleado, formación de estudiantes, licencias, marketing y las actividades de recaudación de fondos y llevar a cabo o organizar para otras actividades de negocios.

Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida para estudiantes de posgrado que ven los consumidores en nuestras oficinas y con terceros "asociados de negocio" que llevan a cabo diversas actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción).

Nosotros podemos utilizar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionar información acerca de las alternativas de tratamiento o otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan resultar de su interés. Por ejemplo, su nombre y dirección pueden utilizarse para enviarle un boletín sobre nuestra práctica y los servicios que ofrecemos.

Nosotros podemos utilizar o revelar su información demográfica y las fechas que recibió servicios de TLC, según sea necesario, con el fin de ponerse en contacto con usted para las actividades de recaudación de fondos, apoyadas por nuestra oficina. Si no desea recibir estos materiales, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad y solicitar que no se envíen estos materiales de recaudación de fondos para usted.

Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida Basado en su Autorización Escrita

Otros usos y revelaciones de su información de salud protegida se realizará sólo con su autorización por escrito, a menos que lo contrario permitida o requerida por la ley, tal como se describe a continuación. Usted podrá revocar dicha autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que los TLC ha tomado una acción en la confianza en el uso o la divulgación indicada en la autorización.

Otros Permitidos y Usos y Divulgaciones Pueden Hacerse con su Consentimiento, la Autorización o la Oportunidad de Objeto

Nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida en las instancias siguientes. Usted tiene la oportunidad de estar de acuerdo o oponerse al uso o la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud protegida. Si no está presente o poder de acuerdo o oponerse al uso o la divulgación de la información de salud protegida, a continuación, puede TLC, con criterio profesional, determinar si la divulgación está en su mejor interés. En este caso, será divulgada sólo la información de salud protegida que es relevante para su atención médica.

Otros Parte en su Healthcare: a menos que opone, podemos revelar a un miembro de su familia, un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, que directamente su información de salud protegida relaciona a participación su en la atención de su salud. Si la persona es incapaz de acuerdo o se oponen a tal una divulgación, podemos revelar dicha información según sea necesario si determinamos que está en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional.

Emergencias: Nosotros podemos utilizar o revelar su información de salud protegida en una situación de tratamiento de emergencia. Si esto sucede, TLC deberá tratar de obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de la prestación de servicios. Si el profesional de TLC o a otro profesional en la práctica se requiere por ley para proporcionar servicios a usted y al profesional de TLC ha intentado obtener su autorización, pero es incapaz de obtener su autorización, él o ella puede aún utilizar o revelar su información de salud protegida para tratarle.

Las Barreras de Comunicación: Nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida si el profesional de TLC o a otro profesional en la práctica intenta obtener el consentimiento de usted, pero es incapaz de hacerlo debido a las barreras de comunicación sustancial y determina el terapeuta/tutor, con criterio profesional, que va a dar su consentimiento para utilizar o la divulgación en las circunstancias.

Otros Permitidos y Requiere Utiliza y Divulgaciones que pueden hacerse sin su Consentimiento, Autorización o la Oportunidad de Objeto:

Requerida Por Ley: Nosotros podemos utilizar o revelar su información de salud protegida en la medida en que la ley exige que el uso o la divulgación. El uso o la divulgación se realizará en cumplimiento de la ley y se limitará a los requisitos de la ley. Usted será notificado, como exige la ley, de dichos usos o revelaciones.

Salud Pública y Seguridad: nosotros podemos revelar su información de salud protegida con fines a una autoridad de salud pública que es permitido por la ley para recopilar o recibir la información y las actividades de salud pública. La divulgación se harán de control de enfermedad, lesión, abuso sospechoso, negligencia o violencia doméstica. También podemos revelar su información de salud protegida, si dirigida por la autoridad de salud pública, a una Agencia de gobierno extranjero que está colaborando con la autoridad de salud pública.

Supervisión de Salud: Nosotros podemos revelar información de salud protegida a una Agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones y las inspecciones. Organismos de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de salud, programas de beneficios de Gobierno y programas reguladores gubernamentales tales como la administración de drogas y alimentos.

Procedimientos Legales: Nosotros podemos revelar información de salud en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo (en la medida que expresamente está autorizado dicha divulgación), protegida en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Aplicación de la Ley: También nosotros podemos revelar información de salud protegida, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, fines del cumplimiento de la ley. Estos derechos con fines de aplicación incluyen: (1) procesos legales y lo contrario requieren por la ley, (2) limitada información solicitudes para propósitos de identificación y localización, (3) relativas a las víctimas de un delito, (4) sospecha que la muerte se ha producido a consecuencia de la conducta delictiva, (5) en el caso de que un crimen se produce en los locales de la práctica, y (6) emergencia médica (no en premisas de la práctica) y es probable que se ha producido un delito. Además, nosotros podemos utilizar o revelar su información de salud protegida si usted es un preso de unas instalaciones correccionales y el profesional de TLC creado o había recibido su información de salud protegida en el curso de la prestación de atención a usted.

Investigación: Nosotros podemos revelar su información de salud protegida a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una Junta de revisión institucional que ha examinado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información de salud protegida.

Militares Actividad y de Seguridad Nacional: Al aplicarán las condiciones apropiadas, nosotros podemos utilizar o revelar información de salud protegida de los individuos que son personal de las fuerzas armadas para las actividades que se consideren necesarias por las autoridades del comando militar adecuado; con el fin de una determinación por el departamento de Asuntos de veteranos de su elegibilidad para las prestaciones, o a la autoridad militar extranjera, si usted es un miembro de ese servicios militares extranjeros. También podemos revelar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo las actividades de inteligencia y seguridad nacionales, incluyendo para la prestación de servicios de protección al Presidente o otros legalmente autorización.

Usos y Divulgaciones: En virtud de la ley, tenemos que hacer revelaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario de la Departamento de salud y servicios humanos para investigar o determinar el cumplimiento de los requisitos de la sección 164.500 et. seq.

2. SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de la información de salud protegida acerca de usted que está dentro de un conjunto de registros designado para mientras mantenemos la información de salud protegida. Un "conjunto de registros designado" contiene registros médicos y facturación y cualquier otros registros que el profesional de TLC y la práctica se utilizan para la toma de decisiones acerca de usted.

En virtud de la ley federal, sin embargo, no puede inspeccionar o copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información recopilada en anticipación razonable a, o uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento y información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a su información de salud protección. Dependiendo de las circunstancias, una decisión de denegar el acceso puede ser reviewable. En algunas circunstancias, usted puede tener un derecho a recurrir esta decisión ante. Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad si tienes preguntas sobre el acceso a su expediente médico.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos no a utilizar o revelar cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de suministro, pago o asistencia sanitaria de atención. Su solicitud deberá indicar la restricción específica pidió y a quien desea la restricción para aplicar.

TLC no es necesario ponerse de acuerdo a una restricción que puede solicitar. Si el TLC estima que está en su mejor interés para permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, no se restringirá su información de salud protegida. Si el TLC está de acuerdo a la restricción solicitada, no nos podemos utilizar o revelar su información de salud protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar atención de emergencia. Usted puede solicitar una restricción hablando con su TLC profesional o poniéndose en contacto con el oficial de privacidad.

Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Se acomode a las solicitudes razonables. También nos podemos condicionar este alojamiento por le pide información acerca de cómo tratar pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. Nosotros no solicitará una explicación de usted como a la base de la solicitud. Por favor hacer esta petición por escrito a nuestro oficial de privacidad.

Usted puede tener el derecho a tener su profesional de TLC modificar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede solicitar una modificación de la información de salud protegida acerca de usted en un conjunto de registros designado para mientras mantenemos esta información. En algunos casos, podemos denegar su solicitud de enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nos puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de cualquier tal refutación. Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad para determinar si tiene preguntas sobre la enmienda de su expediente médico.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si las hubiere, de su información de salud protegida. Este derecho se aplica a revelaciones para fines distintos de atención operaciones de suministro, pago o asistencia sanitaria como se describe en este aviso de prácticas de privacidad. Excluye las divulgaciones que nos podemos realizados a usted, a sus familiares o amigos involucrados en su atención médica, o con fines de notificación. Usted tiene derecho a recibir información específica sobre estas revelaciones que ocurrió después del 14 de abril de 2003. El derecho a recibir esta información está sujeta a ciertas excepciones, las restricciones y limitaciones.

3. QUEJAS

Usted puede presentar una compatible con nosotros o el Secretario de salud y servicios humanos si crees que se han violado sus derechos de privacidad. Usted puede presentar una queja con nosotros mediante notificación a nuestro oficial de privacidad al (301) 424-5200 o privacy@ttlc.org para obtener más información sobre el proceso de queja. Nosotros no tomará represalias contra usted para la presentación de una queja. Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si está de acuerdo en aceptar este aviso electrónicamente. Copias de TLC-Notas de las prácticas Privada estan disponible en español y en escritura grande como mar necesario. Por favor haga esta solicitud una nuestra personal Privada.

The Treatment and Learning Centers, Inc.
2092 Gaither Road, Suite 100
Rockville, MD 20850
301.424.5200
Fax 301.424.8063
TTY 301.424.5203
www.ttlc.org