

The Dentist Is Coming

Your Child Has Cavities

Please Fill Out The Attached Consent So That We Can Perform

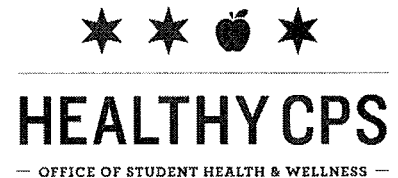
Exam, X-Rays, Fillings, Pulpotomy (root canal on a baby tooth), Extraction If Needed

There Is No Cost And Dental Coverage Is Not Required For Treatment.

Our Goal Is To Ensure That Every Child Has Access To Dental Care.

You Are Welcome To Accompany Your Child but It's Not Required

Please Return The Form To Your School ASAP



Viene La Dentista

Su Nino Tiene Caries

Favor De LLenar El Permiso Para Que Se Le Pueda Ser

Examen, Rayos-X, Rellenos, Pulpotomia (tratamiento de canal al diente de leche),  
Extracciones Si Es Necesario

Los Servicios No Tienen Costo Y Seguro No Es Necesario

Nuestro Objetivo Es Que Cada Nino Tenga Acceso A Tratamiento Dental

Si Queciera Puede Venir Con Su Nino Pero No Es Necesario

Favor De Regresar El Permiso A La Escuela Lo Mas Pronto Posible





# Dental Van Consent and Acknowledgement Form



1044 N Francisco Chicago, IL 60622

Student Name: \_\_\_\_\_ Student's Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Male  Female School Name: \_\_\_\_\_

Race:  African American  Caucasian  Asian  Other: \_\_\_\_\_ Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic

Do you have insurance?  Yes  No  Medical Card  Private Insurance

Dental Insurance Name: \_\_\_\_\_ Insurance Phone Number: \_\_\_\_\_

Medical Card/Insurance ID Number: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name: \_\_\_\_\_

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

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

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Child's History

Medications your child is taking: \_\_\_\_\_

Health Issues: \_\_\_\_\_

Pediatrician / Doctor Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

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

Dentist Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

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

Has your child ever been to a dentist?  Yes  No Does your child have a family dentist?  Yes  No

Does your child have any dental problems or complaints?

### Check each condition that may apply to your child

Allergies: \_\_\_\_\_

Latex Allergy

Heart Murmur

Asthma

Blood Disorder

Stunts/Artificial Joints

Hemophilia

Heart Valve Replacement

HIV/AIDS

Seizures

Diabetes

Hepatitis

Tuberculosis

Kidney Problem

Pacemaker

As the parent/guardian of the above named student, I authorize Norwegian American Hospital and its affiliated dentists to provide dental care and restorative dentistry. This may include, dental exam, x-rays, cleaning, fluoride treatment, sealants, pulpomies (removing the nerve in the crown, the part of the tooth nearest the gum line), treatment of the diseased or injured teeth with a dental restoration (fillings, crowns), extraction of baby teeth and administration of local anesthetic nerve block. The risks associated with dental treatment include infection, loss of additional teeth, pain, bleeding, bruising, swelling, injury to adjacent teeth and fillings and injury to nerve causing numbness which could possibly lead to permanent anesthesia. These services are offered at NO Cost to the student or family. I defer to the sole discretion and judgment of the treating dentist regarding the extent of dental care and I consent to such dental care. Treatment will be performed in the mobile dental van without my presence. I understand that if I wish to withdraw this consent I must do so in writing prior to the dental visit. I authorize the release of my child's dental health information to the school or organization. I authorize and direct Norwegian American Hospital to bill and collect payment for this patient and to share information about this visit(s) with your health plan. I understand that, in some cases, the dental treatment may not be completed at school due to complexity, time constraints, or the child's behavior. I may be contacted at the address or phone number above if a referral is necessary for additional treatment. I understand and accept that it is my responsibility to report any and all dental treatment to my primary dental provider. Norwegian American Hospital's Dental Van provides dental care services within the community as a supplemental resource. I also acknowledge receipt of the attached Notice of Privacy Practices which can also be found at [www.nahospital.org](http://www.nahospital.org). **I understand that if I fail to sign this Dental Consent and Acknowledgement Form, my child or ward will not receive any services under this program. This Dental Treatment Consent and Acknowledgement Form is valid for 12 months.**

Parent, Legal Guardian or Conservator: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento para la Camioneta Dental y Acuse de Recibo

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_  
 Raza:  Afroamericano  Caucásico  Asiático  Otro: \_\_\_\_\_ Etnia:  Hispano  No hispano  
 ¿Tiene seguro?  Sí  No  Tarjeta médica  Seguro privado  
 Nombre del seguro dental: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_  
 Número de tarjeta médica/ID del seguro: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre /tutor: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Historia del niño

Medicamentos que su hijo está tomando: \_\_\_\_\_  
 Problemas de salud: \_\_\_\_\_  
 Nombre del pediatra / doctor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección del pediatra: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección del dentista: \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo ha sido visto por un dentista?  Sí  No      ¿Su hijo tiene un dentista de la familia?  Sí  No

¿Su hijo tiene algún problema o queja dental?

### Marque cada condición que pueda aplicarse a su hijo

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____ | <input type="checkbox"/> Alergia al látex              | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón                   |
| <input type="checkbox"/> Asma            | <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre        | <input type="checkbox"/> Atrofia/articulaciones artificiales |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia       | <input type="checkbox"/> Reemplazo válvula del corazón | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                            |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones    | <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Hepatitis                           |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis    | <input type="checkbox"/> Problemas del riñón           | <input type="checkbox"/> Marca pasos                         |

Como padre/tutor del estudiante arriba mencionado, autorizo al Norwegian American Hospital y sus dentistas afiliados a proporcionar atención dental y odontología restauradora. Esto puede incluir, examen dental, radiografías, limpieza, tratamiento de fluoruro, selladores, pulpotomías (quitar el nervio de la corona, la parte del diente más cercano a la línea de la encía), tratamiento de dientes enfermos o lesionados con una restauración dental (empastes, coronas), extracción de dientes de leche y administración de bloqueo del nervio con anestésico local. Los riesgos asociados con el tratamiento dental incluyen infección, pérdida de dientes adicionales, dolor, sangrado, moretones, inflamación, daño a dientes adyacentes y empastes y daño a los nervios causando adormecimiento que podría conducir a una anestesia permanente. Estos servicios se ofrecen SIN costo alguno para el estudiante o la familia. Me someto a la discreción y juicio del dentista tratante respecto a la extensión de la atención dental y consiento a tal cuidado dental. El tratamiento se llevará a cabo en la camioneta dental móvil sin mi presencia. Entiendo que si deseo retirar este consentimiento debo hacerlo por escrito antes de la visita dental. Autorizo la divulgación de información sobre la salud dental de mi hijo a la escuela u organización. Autorizo y dirijo al Norwegian American Hospital a facturar y cobrar el pago para este paciente y a compartir información sobre esta visita(s) con su plan de salud. Entiendo que, en algunos casos, el tratamiento dental no puede ser completado en la escuela debido a la complejidad, las limitaciones de tiempo o el comportamiento del niño. Puede comunicarse conmigo a la dirección o número de teléfono arriba si se necesita un referido para tratamiento adicional. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad reportar cualquier y todos los tratamientos dentales a mi profesional dental primario. La camioneta dental del Norwegian American Hospital proporciona servicios de atención dental en la comunidad como un recurso suplementario. También acuso recibo del aviso adjunto de las Prácticas de Privacidad que también se pueden encontrar en [www.nahospital.org](http://www.nahospital.org). **Entiendo que si no firmo este Formulario de Consentimiento y Acuse de Recibo Dental, mi hijo o pupilo no recibirá ningún servicio bajo este programa. Este Formulario de Consentimiento y Acuse de Recibo de Tratamiento Dental es válido por 12 meses.**

Padre, Tutor Legal o Conservador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY

## PROTECTED HEALTH INFORMATION

Information about your health is private and it should remain private. That is why this healthcare institution is required by Federal and State laws to protect the privacy of your health information. We call it "Protected Health Information" (PHI).

Staff members, employees and volunteers of this hospital/facility must follow legal regulations with respect to:

- How we use your PHI
- Disclosing your PHI to others
- Your privacy rights
- Our privacy duties
- Contacts for more information, or if necessary, a complaint

## USING OR DISCLOSING YOUR PHI

### For Treatment

During the course of your treatment, we use and disclose your PHI. For example, if we test your blood in our laboratory, a technician will share the report with your doctor, or we will use your PHI to follow the doctor's orders for an x-ray, surgical procedure or other types of treatment related procedures.

### For Payment

After providing treatment, we will ask your insurer to pay us. Some of your PHI may be entered into our computers in order to send a claim to your insurer. This may include a description of your health problem, the treatment we provided and your membership number in your employer's health plan, or your insurer may want to review your medical record to determine whether your care was necessary. Also, we may disclose to a collection agency some of your PHI for collecting a bill that you have not paid.

### For Healthcare Operations

Your medical record and PHI could be used in periodic assessments by physicians about the hospital's quality of care. We might use the PHI from real patients in education sessions with medical students training in our hospital. Other uses of your PHI may include business planning for our facility or the resolution of a complaint. We may disclose your information orally, via fax, on paper, or through secure electronic messages and health information exchanges (HIEs). When using PHI for purposes that do not require patient identifiers, we redact identifying information as appropriate.

### Special Uses

Your relationship to us as a patient might require using or disclosing your PHI in order to:

- Remind you of an appointment for treatment
- Tell you about treatment alternatives and options
- Tell you about our other health benefits and services

## YOUR AUTHORIZATION MAY BE REQUIRED

In many cases, we may use or disclose your PHI, as summarized above, for treatment, payment or healthcare operations or as required or permitted by law. In other cases, we must ask for your written authorization with specific instructions and limits on our use or disclosure of your PHI. You may revoke your authorization if you change your mind later.

## CERTAIN USES AND DISCLOSURES OF YOUR PHI REQUIRED OR PERMITTED BY LAW

As a hospital or healthcare facility, we must abide by many laws and regulations that either require us or permit us to use or disclose your PHI.

### Required or permitted uses and disclosures

- Your information may be included in a patient directory that is available only to those individuals whom you have identified as contacts during your hospital stay.
- We may use your PHI in an emergency when you are not able to express yourself.
- We may use or disclose your PHI for research if we receive certain assurances, which protect your privacy.

### We may also use or disclose your PHI:

- When required by law, for example when ordered by a court.
- For public health activities including reporting a communicable disease or adverse drug reaction to the Food and Drug Administration.
- To report neglect, abuse or domestic violence.
- To government regulators or agents to determine compliance with applicable rules and regulations.

- In judicial or administrative proceedings as in response to a valid subpoena.
- To a coroner for purposes of identifying a deceased person or determining causes of death, or to a funeral director for making funeral arrangements.
- For purposes of research when a research oversight committee, called an Institutional Review Board, has determined that there is a minimal risk to the privacy of your PHI.
- For creating special types of health information that eliminate all legally required identifying information or information that would directly identify the subject of the information.
- In accordance with the legal requirements of a workers' compensation program.
- When properly requested by law enforcement officials, for instance in reporting gunshot wounds, reporting a suspicious death or for other legal requirements.
- If we reasonably believe that use of or disclosure will avert a health hazard or to respond to a threat to public safety including an imminent crime against another person.
- For national security purposes including to the Secret Service or if you are Armed Forces personnel and it is deemed necessary by appropriate military command authorities.
- In connection with certain types of organ donor programs.

## YOUR PRIVACY RIGHTS AND HOW TO EXERCISE THEM

Under the federally required privacy program, patients have specific rights.

### Your right to request limited use or disclosure

You have the right to request that we do not use or disclose your PHI in a particular way. However, we are not required to abide by your request. If we do agree to your request, we must abide by the agreement.

### Your right to confidential communication

You have the right to receive confidential communication from the hospital at a location that you provide. You must provide us with the other address in writing and explain if the request will interfere with your method of payment.

### Your right to revoke your authorization

You may revoke, in writing, the authorization you granted us for use or disclosure of your PHI. However, if we have relied on your consent or authorization, we may use or disclose your PHI up to the time you revoke your consent.

### Your right to inspect and copy

You have the right to inspect and receive a copy of your PHI. We may refuse to give you access to your PHI if we think it may cause you harm, but we must explain why and provide you with someone to contact for a review of our refusal. We may charge a reasonable fee for copying your records.

### Your right to amend your PHI

If you disagree with your PHI within our records, you have the right to request, in writing, that we amend your PHI when it is a record that we created or have maintained for us. We may refuse to make the amendment and you have a right to disagree in writing. If we still disagree, we may prepare a counter-statement. Your statement and our counter-statement must be made part of our record about you.

### Your right to know who else sees your PHI

You have the right to request an accounting of certain disclosures we have made of your PHI over the past six years. We are not required to account for all disclosures, including those made to you, authorized by you or those involving treatment, payment and healthcare operations as described above. There is no charge for an annual accounting, but there may be charges for additional accountings. We will inform you if there is a charge and you have the right to withdraw your request, or pay to proceed. Contact the Medical Records/Health Information Management Department at 773-292-5966 to request an accounting of disclosures.

## SOME OF OUR PRIVACY OBLIGATIONS AND HOW WE FULFILL THEM

Federal health information privacy rules require us to give you notice of our privacy practices. This document is our notice. However, we reserve the right to change this notice and our privacy practices when permitted or as required by law. If we change our notice of privacy practices, we will provide our revised notice to you when you next seek treatment from us.

## COMPLIANCE WITH CERTAIN STATE LAWS

When we use or disclose your PHI as described in this notice, or when you exercise certain of your rights set forth in this notice, we may apply state laws about the confidentiality of health information in a place of federal privacy regulations. We do this when these state laws provide you with greater rights or protection for your PHI. When state laws are not in

conflict or if these laws do not offer you better rights or more protection, we will continue to protect your privacy by applying the federal regulations.

## OUR PARTICIPATION IN ELECTRONIC HEALTH INFORMATION EXCHANGES

We participate in the MetroChicago Health Information Exchange (MetroChicago HIE) to make patient information available electronically to participating hospitals, doctors and other authorized users. We may also receive information about patients from other participants and authorized users in the MetroChicago HIE. In the future we may participate in additional regional, state, or federal HIEs as they are developed.

We expect that using HIEs will provide faster and more complete access to your information so we can make better informed decisions about your care. As described below, you can elect to opt-out and not allow your medical information to be available through any HIE. It is not a condition of receiving care.

The MetroChicago HIE has been structured to comply with federal and state privacy and security laws. Use of MetroChicago HIE is limited to physicians, hospitals, health plans, accountable care organizations, and other authorized users who confirm that they will comply with these laws.

Health information disclosed to MetroChicago HIE may include information regarding your demographics, problem list, diagnosis, treatments, allergies, medications, radiology, and lab information. However, if you received alcohol or substance abuse services from certain treatment centers, that information generally will be excluded from MetroChicago HIE.

Unless you opt-out of MetroChicago HIE, your mental health or developmental disability information (such as diagnosis and medications), HIV/AIDS information, and genetic information (such as test results) may be available to participants and authorized users of the MetroChicago HIE. For more information about how information may be disclosed to MetroChicago HIE and how you may opt-out, please ask registration staff for a copy of the MetroChicago HIE Notice to Patients and Frequently Asked Questions. Additional information is also available at <http://www.mchc.com/hie-optout>.

## RIGHT TO OPT-OUT TO MAKE YOUR HEALTH INFORMATION UNAVAILABLE THROUGH HEALTH INFORMATION EXCHANGES (HIEs)

If you do not want your medical information to be available through HIEs, please contact a staff member in our registration or medical records departments to receive the applicable Opt-Out Form and return it to us.

For the MetroChicago HIE, approximately 24 hours after we process your request, your health care providers will no longer be able to view your medical information through the MetroChicago HIE. Your opt-out will apply to all information in the MetroChicago HIE, even in an emergency. This means that it may take longer for your health care providers to get medical information they may need to treat you.

## Even if you opt-out of all HIEs, legal requirements (such as public health reporting) may still be fulfilled through HIEs.

If you opt-out and later decide to reverse that decision, please contact us for a form to reverse your opt-out. Your health information from the period during which you had opted-out may be available through MetroChicago HIE and other HIEs after you reverse your opt-out.

## WHAT IF I HAVE A COMPLAINT?

If you believe that your privacy has been violated, you may file a complaint with us or with the Secretary of Health and Human Services in Washington, D.C. We will not retaliate or penalize you for filing a complaint with the facility or the Secretary.

If you have questions about this notice or wish to file a complaint with us, you may contact:

Privacy Officer  
Norwegian American Hospital  
1044 North Francisco Avenue  
Chicago, Illinois 60622  
773-292-6200

To file a complaint with the Secretary of Health and Human Services, write to:

200 Independence Avenue, S.E., Washington, D.C. 20201  
877-696-6775



# NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA A OTRA IDENTIDAD Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

## INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su información médica es privada y debe permanecer privada. Por ese motivo es que está institución está obligada por leyes Federales y Estatales a proteger la privacidad de su información médica. Nosotros le llamamos "Protected Health Information" (PHI) - Información Médica Protegida.

Miembros, empleados y voluntarios de esta instalación/ hospitales tienen que seguir las reglas legales con respecto a:

- Como usar su PHI
- Como revelar información contenida en su PHI a otros
- Sus derechos privados
- Nuestras responsabilidades sobre la privacidad
- Contactos sobre información adicional o, si fuera necesario, como presentar una queja

## COMO USAR O REVELAR INFORMACIÓN CONTENIDA EN SU PHI A OTROS

### Para Tratamiento

Nosotros usamos y revelamos a otra información sobre su PHI durante el transcurso de su tratamiento. Por ejemplo, si tomamos una muestra de su sangre en nuestro laboratorio, un técnico le entregará los resultados a su médico, o usará su PHI para seguir las indicaciones de su médico en caso de que este ordene una radiografía, procedimiento quirúrgico u otro tipo de procedimiento relacionado con su tratamiento.

### Para Pago

Después de haberle proporcionado el tratamiento necesario, le pediremos a su asegurador que pague su cuenta. Alguna información contenida en su PHI puede ser incorporada a nuestras computadoras para así poder enviarle la cuenta a su aseguradora. Esto puede incluir una descripción de su condición médica, el tratamiento que le proporcionamos y su número de membresía en el plan de salud de su empleado, o su asegurador puede evaluar su caso para determinar si recibió el cuidado necesario. También, podemos revelar información contenida en su PHI a una agencia de colección para cobrar pago por una cuenta no pagada por usted o su asegurador.

### Para Operaciones de Cuidado Médico

Su expediente médico y su PHI pueden ser usados por médicos del hospital para evaluar el cuidado de salud. En ocasiones podemos usar información contenida en el PHI de pacientes actuales para sesiones educativas con estudiantes de medicina entrenándose en este hospital. También podríamos usar la información contenida en su PHI para asuntos de planificación de nuestra facultad o para resolver una queja. Podríamos divulgar su información de forma oral o por fax, papel, mensaje electrónico seguro, o Intercambios de Información de Salud (Health Information Exchanges, "HIEs"). Al utilizar Información Médica Protegida para fines que no requieren identificadores de pacientes, redactamos la información identificadora, según corresponda.

## USOS ESPECIALES

Su relación con nosotros como paciente requiere el uso de información contenida en su PHI para poder:

- Recordarle de una cita médica
- Darle información sobre otras alternativas y opciones de tratamiento
- Darle información sobre otros beneficios y servicios de salud

## SU AUTORIZACIÓN PUEDE SER REQUERIDA

En muchos casos, podemos revelar información contenida en su PHI, como mencionamos anteriormente, para uso de tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico o como lo requiera y permita la ley. En otros casos debemos pedir su autorización por escrito con instrucciones específicas y límites al usar la información contenida en su PHI. Si cambia de parecer, usted puede revocar su autorización.

## CIERTOS USOS SOBRE INFORMACIÓN CONTENIDA EN SU PHI PERMITIDOS O REQUERIDOS POR LEY

Como hospital o instalaciones médicas, debemos seguir las leyes y regulaciones que estas nos requieren o permiten al usar información contenida en su PHI.

### Usos permitidos y requeridos por ley

- Su información puede ser incluida en un directorio de pacientes que está disponible sólo para aquellos individuos a quienes usted identifique como contactos durante su estadía en el hospital.
- Quizás usemos información contenida en su PHI en caso de emergencia siempre y cuando usted no pueda expresar su deseo.
- Quizás usemos información contenida en su PHI para usos de investigación sin descuidar su privacidad como paciente.

### También podríamos usar información contienda PHI:

- Cuando requerido por ley, por ejemplo, por orden de las cortes.
- Para actividades de salud pública tales como el reportar enfermedades contagiosas o reacciones adversas a la Administración de Alimentos y Drogas.
- Para reportar negligencia, abuso o violencia doméstica.
- A reguladores gubernamentales o agentes para determinar cumplimiento a reglas y regulaciones que apliquen a su caso.

- En procesos judiciales o administrativos como respuesta para comparecer a una cita válida.
- A un oficial de justicia que investiga casos de muerte violenta para propósitos de identificar el muerto o determinar la causa de muerte, o al director de una funeraria para arreglos fúnebres.
- Para propósitos de investigación después que un comité, llamado Junta de Revisión Institucional, ha determinado que hay riesgos mínimos a la privacidad de la información contenida en su PHI.
- Para crear ciertos tipos de información médica que eliminan toda información identificada y legalmente requerida o información que puede identificar el tipo de información directamente.
- De acuerdo a requisitos legales de cualquier programa de compensación a empleados.
- Cuando pedido apropiadamente por oficiales de justicia, por ejemplo al reportar heridas de balas, muertes sospechosas o para otros requisitos legales.
- Si pensamos que el uso de información contenida en su PHI puede impedir un riesgo o peligro a la salud o para responder a una amenaza a la salud pública incluyendo un crimen inminente encontrar de otra persona.
- Para propósitos de seguridad nacional incluyendo al Servicio Secreto o si usted es miembro de las Fuerzas Armadas y es absolutamente necesario por las autoridades militares apropiadas.
- En conexión con ciertos programas de donación de órganos.

## SUS DERECHOS A PRIVACIDAD Y COMO EJERCERLOS

Bajo el programa a privacidad requerido federalmente, los pacientes tienen derechos específicos.

### Su derecho a pedir uso limitado a información contenida en su PHI

Usted tiene el derecho de pedir que no usemos o revelemos información contenida en su PHI en una forma particular. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir su petición. Si estamos de acuerdo con su petición, tenemos que cumplir con el acuerdo.

### Su derecho a comunicarse confidencialmente

Usted tiene el derecho a comunicarse confidencialmente con el hospital en una localización que usted decida. Usted tiene que proveernos la dirección de esta localidad por escrito y explicar si su petición interfiere con su método de pago.

### Su derecho a revocar su autorización

Usted puede revocar, por escrito, la autorización que anteriormente nos otorgó para usar o revelar información contenida en su PHI. Sin embargo, si nos hemos basado en su consentimiento a autorización, podemos usar información contenida en su PHI hasta el momento que usted revoque su consentimiento.

### Su derecho a revisar o recibir una copia

Usted tiene el derecho a revisar o recibir una copia de su PHI. Podemos negarle acceso a su PHI si esto puede causarle daño, pero tendríamos que darle una explicación y proveerle una persona de contacto para que esta persona evalúe nuestra decisión. Podríamos cobrarle una cantidad razonable por darle copia de su expediente.

### Su derecho a cambiar su PHI

Si usted no está de acuerdo con la información contenida en su PHI bajo nuestros archivos, usted tiene el derecho de pedir, por escrito, que hagamos cambios a su PHI cuando es un expediente que hemos creado nosotros y que mantenemos en nuestro poder. Podemos negarnos a cambiar la información y usted tiene el derecho de protestar por escrito. Si aún así no estamos de acuerdo, nosotros podemos preparar una contradecларación. Su declaración y nuestra contradecларación deben incluirse en su archivo médico.

**Su derecho a saber que otra persona tiene acceso a su PHI** Usted tiene el derecho de pedir una lista de las ocasiones en que hayamos dado información contenida en su PHI en los últimos seis meses (desde el 14 de abril del 2003). No estamos obligados a mencionar todas las ocasiones, incluyendo aquellas hechas por usted, autorizadas por usted o aquellas relacionadas con su tratamiento, transacciones médicas o de pago como mencionadas anteriormente. No habrá cargos por dicha lista siempre y cuando hayan ocurrido durante el transcurso de un año, pero si tendrá que pagar por información adicional. Le informaremos en caso de que tenga que pagar y usted tiene el derecho de pagar para proseguir o de retirar su petición. Llame al Departamento de Médico Records/ Health Information Management al 773-292-5966 para pedir dicha lista.

## ALGUNAS DE NUESTRAS OBLIGACIONES A SU PRIVACIDAD Y COMO LAS DESEMPEÑAMOS

Reglas Federales sobre la privacidad de información médica no requieren darle notificación sobre las prácticas de privacidad. Este documento es nuestra notificación. Sin embargo, no reservamos el derecho de hacer cambios a esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad siempre y cuando sean permitidas o requeridas por ley.

Si hacemos cambios a dicha notificación, le daremos una copia en su próxima visita al hospital.

## CUMPLIMIENTO CON CEIRTAS LEYES ESTATALES

Cuando usamos o revelamos información sobre su PHI como descrita en esta notificación, o cuando usted ejerce ciertos derechos indicados en esta notificación, podemos aplicar leyes estatales sobre la confidencialidad de información médica en vez de regulaciones de privacidad federales. Hacemos esto cuando las leyes estatales le proveen mejores derechos o protección a su PHI. Cuando las leyes estatales no están conflictivas o si estas leyes no le ofrecen mejores derechos o

más protección, continuaremos protegiendo su privacidad aplicando las regulaciones federales.

## NUESTRA PARTICIPACIÓN EN LOS INTERCAMBIOS ELECTRÓNICOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Participamos en el Intercambio de Información de Salud de MetroChicago (MetroChicago Health Information Exchange, MetroChicago HIE) para que la información del paciente se encuentre disponible de forma electrónica para los hospitales participantes, los doctores y otros usuarios autorizados. Es posible que también recibamos información sobre pacientes de otros participantes y usuarios autorizados en el Intercambio de Información de Salud de MetroChicago. En el futuro, posiblemente participemos en Intercambios de Información de Salud regionales, estatales o federales a medida que éstos se desarrollen.

Esperamos que el uso de los HIEs proporcione un acceso más rápido y completo a su información que nos permita tomar decisiones mejor informadas sobre su tratamiento médico. Como se describe debajo, usted puede elegir la exclusión y evitar que su información médica se encuentre disponible en ningún HIE. No es una condición para recibir atención médica.

El Intercambio de Información de Salud de MetroChicago fue diseñado para cumplir con las leyes de privacidad y seguridad federales y estatales. El Intercambio de Información de Salud de MetroChicago es para uso exclusivo de doctores, hospitales, planes de seguro, organizaciones responsable de la salud, y otros usuarios autorizados que confirman que cumplirán con estas leyes.

La información de salud revelada puede incluir información sobre sus datos demográficos, lista de problemas, diagnósticos, tratamientos, alergias, medicamentos, radiología e información de laboratorio. Sin embargo, si usted recibió servicios de abuso de alcohol o sustancias por parte de ciertos centros de tratamientos, esa información por lo general se excluirá del Intercambio de Información de Salud de MetroChicago.

A menos que usted solicite la exclusión del Intercambio de Información de Salud de MetroChicago, la información sobre su salud mental o discapacidades de desarrollo (como diagnósticos y medicamentos), información sobre VIH/SIDA, y información genética (como resultados de las pruebas genéticas) podrá encontrarse disponible para participantes y usuarios autorizados del Intercambio de Información de Salud de MetroChicago. Para obtener más información sobre el modo de divulgación de su información al Intercambio de Información de Salud de MetroChicago y cómo puede solicitar la exclusión, solicite a nuestro personal de registros, una copia de la Notificación a Pacientes Y Preguntas Frecuentes del Intercambio de Información de Salud de MetroChicago. Puede obtener información adicional en <http://www.mchc.com/hie-optout>.

## Derecho a solicitar la Exclusión para que su información no se encuentre disponible a través de los Intercambios de Información de Salud (HIEs)

Si usted no desea que su información médica se encuentre disponible a través de los HIEs, contacte a un miembro del personal en nuestros departamentos de registración o historias médicas para recibir el Formulario de Exclusión ("Opt Out Form") aplicable y envíenos el formulario.

Para el Intercambio de Información de Salud de MetroChicago, aproximadamente 24 después de que procesamos su solicitud, sus proveedores de salud ya no podrán visualizar su información médica a través del Intercambio de Información de Salud de MetroChicago. Su exclusión aplica a toda la información en el Intercambio de Información de Salud de MetroChicago, incluso en una emergencia. Esto significa que es posible que sus proveedores de salud tarden más tiempo en obtener su información médica que necesitan para su tratamiento.

**Aunque usted solicite la exclusión de todos los Intercambios de Información de Salud, los requisitos legales (como informes de salud pública) aún pueden realizarse a través de los Intercambios de Información de Salud.**

Esto significa que es posible que sus proveedores de salud tarden más tiempo en obtener su información médica que necesitan para su tratamiento. Aunque usted solicite la exclusión de todos los Intercambios de Información de Salud, los requisitos legales (como informes de salud pública) aún pueden realizarse a través de los Intercambios de Información de Salud.

## QUE HAGO SI QUIERO PRESENTAR UNA QUEJA?

Si usted piensa que hemos violado su privacidad, usted puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos en Washington, D.C. No tomaremos represalia y usted no será perjudicado si presenta una queja con nuestro hospital o con la Secretaria.

**Si tiene preguntas sobre esta notificación o desea presentar una queja con nosotros, puede comunicarse con:**

Privacy Officer/Oficial de Privacidad  
Norwegian American Hospital  
1044 North Francisco Avenue  
Chicago, Illinois 60622  
773-292-8200

**Si quiere presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos, escriba at:**

200 Independence Avenue, S.E., Washington, D.C. 20201.  
877-696-6775