

¿Por qué debe firmar este formulario?

Para que conozca cómo se puede utilizar o compartir su información médica privada y cómo usted puede acceder a dicha información. Debido a que nos preocupamos por usted, nos ocupamos de conocerlo. Parte de la información que adquirimos se incluye en su historia clínica y registros de facturación. A fin de proteger su privacidad, el programa de Clínicas ubicadas en escuelas cumple las leyes estatales y federales. El Aviso sobre prácticas de privacidad presenta información detallada sobre estas normas.

¿Quién tiene acceso a la información que usted proporciona?

1. A pedido, es posible que USTED revise toda la información relacionada con su atención que la Clínica recopile.
2. A pedido, es posible que SUS PADRES revisen la información relacionada con su atención que la Clínica ubicada en la escuela recopile, salvo en los siguientes casos:
 - a) Si la consulta médica fue por embarazo o afecciones relacionadas con embarazo, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar o abuso de alcohol o drogas.
 - b) Tiene derecho a solicitar que se niegue el acceso a toda su información médica de la clínica a sus padres. En caso de que no desee que sus padres tengan acceso a su información médica en los registros de la clínica, debe solicitarlo por escrito, explicar los motivos por los cuales no desea que sus padres tengan acceso a su información médica y firmar la solicitud. La clínica aceptará su solicitud mediante la cual se niega a que sus padres accedan a su información si su proveedor de atención médica determina que eso es lo mejor para usted. A fin de presentar su solicitud, puede solicitar un "Formulario de negación de acceso a los padres" al personal de la clínica.
3. El personal de la clínica ubicada en la escuela y los contratistas que necesiten dicha información para realizar su trabajo.
4. Otros profesionales de atención médica, cuando sea necesario, para que le puedan brindar servicios de atención médica.
5. Si recibe servicios de salud mental en una clínica ubicada en escuela, se ingresarán los datos del servicio en una base de datos que se comparte con analistas externos a fin de controlar y evaluar el programa.
6. Organismos de protección de menores o de cumplimiento de la ley sobre temas relacionados con supuestos abusos o abandonos de menores.
7. Los organismos estatales, federales o locales y los departamentos de la salud pueden recibir, por motivos estadísticos, un resumen de la información que no incluya datos personales.
8. Es posible que divulguemos su información para proteger la salud o la seguridad de usted y de otros.
9. Nuestro abogado y el personal de nuestro abogado, si fuere necesario.
10. Otros según lo expuesto en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad, incluso cuando lo exija la ley y a funcionarios con una citación, orden de detención u orden judicial válidas.

No se otorgará la información a ningún otro organismo ni a ninguna otra persona sin su autorización por escrito (o, cuando fuera oportuno, la autorización por escrito de sus padres), salvo que las leyes estatales o federales autoricen lo contrario.

Las historias clínicas de la clínica ubicada en la escuela se mantienen por separado de los registros escolares. Una vez que finaliza la escuela secundaria, sus registros se guardarán de forma segura, según lo exige ley.

¿Cuáles son sus derechos al momento de proporcionar información?

Tiene derecho a negarse a proporcionar la información que solicitamos. Sin embargo, si se niega a proporcionar la información de su historia clínica o cualquier otro tipo de información, nuestra capacidad para brindarle atención médica de calidad se verá afectada por lo que puede recibir un tratamiento inefectivo o ningún tratamiento.

Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad

Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad proporciona información sobre la manera en que nuestra clínica puede utilizar o compartir su información médica privada para el tratamiento, el pago o las operaciones clínicas. Las copias impresas se encuentran disponibles en todas las clínicas ubicadas en escuelas o en nuestro sitio web: <https://www2.minneapolismn.gov/government/programs-initiatives/school-based-clinics/forms/>.

Por la presente, dejo constancia de que he recibido una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de la clínica ubicada en la escuela.

Nombre del estudiante *en letra de imprenta*

Firma del estudiante

Fecha