



School Based Health Center Enrollment Form New Renewal

(Please print the name of school)

Student Information

Student Name: _____

Street Address: _____ City: _____ ZIP: _____

Date of Birth: _____ Student SSN: _____

Sex: Female Male Race/Ethnicity: _____

School Grade (circle one): 6 7 8 9 10 11 12

Parent/Guardian: _____ Relationship to Student: _____

Preferred Phone: (W) _____ (H) _____ (C) _____

Email Address: _____

Emergency Contact

Would you like to use the provided emergency contacts on file with the school to receive information about your student in the event that we are unable to reach you? Yes No **IF NO, please list emergency contacts:**

Emergency Contact or person who can receive info about your child in the event that we are unable to reach you.

Name	Phone Number	Relationship to Student
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Student Health Info.

Allergies to medicines: Yes No If Yes, _____

Allergies to food: Yes No If Yes, _____

Currently has or has had in the last 2 years:

- Allergies/Hay fever Anxiety Asthma Depression
- Diabetes Epilepsy Reflux Sickle Cell Anemia
- NONE Other: _____

Current Medications:	Surgeries (type\year)
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Other _____

Doctor's name: _____ Phone: _____

Pharmacy name: _____ Phone: _____

Type of Private (name) _____ Is Student active in School Sport or Club?

Insurance: Medicare Medicaid Uninsured Yes No

Consent for Services and HIPPA Information

Statement of Consent: I, the parent/guardian of said student, give consent for my child to receive services at the SBHC. I understand that this consent form will be good until my child leaves/ graduates school or until I provide the Center staff with written directions otherwise.

All healthcare information is confidential. By signing the consent form you are giving SBHC, school nurse and your child's regular doctor (if applicable) permission to communicate and share medical information regarding your child's medical condition on an as needed basis with the understanding that this information will continue to be treated in a confidential manner. No student will be denied access to health care services due to inability to pay. As in any health center, there may be a charge depending on the service provided. When available, insurance or Medicaid will be billed. The health center may release information regarding treatment to third party payors for billing purposes. **If your child attends North Central Middle School, You are also giving SBHC staff permission to transport your child from North Central Middle School to the SBHC at NCHS.**

Confidentiality between the student, parents and the health center is assured. In accordance to state and federal law, some information requires the student's signed consent prior to disclosure to anyone, including parents/guardians. The staff will encourage every student to involve his/her parent/guardian in health care decisions.

I am the legal guardian of the above named child. I understand that if guardianship changes a new consent must be signed by the legal guardian. I also understand that by providing an alternative contact, if I cannot be reached, medical information regarding the above named child will be shared between the medical provider and the alternative contact. Any health information and emergency contacts can be obtained from school district for the purpose of medical treatment or pharmacy.

Release of Information: In order to provide for the medical and/or mental health care of my child as may be provided by **SBHC, the USC School of Psychology and Kershaw County School District counselors (RBHS)**, I authorize my child's school and/or healthcare providers and pharmacy to discuss, disclose, and/or release the contents of my child's complete health record to **SBHC, the USC School of Psychology and Kershaw County School District counselors (RBHS)** including records relating to mental healthcare and communicable diseases for the purpose of providing continuity of care. This medical information may be used by **SBHC, the USC School of Psychology and Kershaw County School District Counselors (RBHS)** for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as needed to appropriately attend to my child's healthcare needs. I understand that these different entities are collaborating with each other to provide the best possible care for my child at the SBHC and it is important that these entities share my child's private medical information amongst themselves in order to provide this care. Information may also be used to report outcomes for evaluations for funding entities .

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. This Release of Information will remain in effect until terminated by me in writing.

HIPAA Release: The Health Insurance Portability and Accountability Act, also known as HIPAA, was created in 1996 by the US Congress to protect the privacy of your health information. The act prohibits your health care providers from releasing or discussing any aspect of your health and medical information with anyone who is not directly involved in your care. The CHS-SBHC staff is committed to ensuring that your child receives appropriate care and his/her information is protected.

Signature of Parent / Legal Guardian

Date

----- These initials signify I have received a copy of the CMC Privacy Statement

**Community Medical Clinic of Kershaw County
Post Office Box 217
Camden, SC 29021**

Updated 09/10/2018
Revised 05/31/2019



Privacy Statement

Revised 5/30/2019

COMMUNITY MEDICAL CLINIC

This information describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

OUR PLEDGE REGARDING HEALTH INFORMATION

We understand that information about you and your health is personal. We are committed to protecting your health information. We will create a record of the care and services you receive at Community Medical Clinic of Kershaw County (CMC). We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice will apply to all of the records of your care generated by CMC. This notice will tell you about the ways we may use and disclose your health information. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of health information.

We are required by law to:

1. Make sure that health information that identifies you is kept private.
2. Give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information.
3. Follow the terms of the notice that is currently in effect.

HOW WE MAY DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION The following categories described different ways that we may use and disclose health information. For each category of uses or disclosures we will explain what we mean and try to give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within at least one of the categories.

For Treatment. We may use your health information to provide you with medical treatment or services. We may disclose your health information to doctors, nurses, technicians, medical students or other CMC personnel who are involved in taking care of you. We may also disclose your health information to people outside of CMC to provide services that are a part of your medical care.

HIV & AIDS Testing. If you are tested for HIV or AIDS, we will not release any information about your test results or treatment, except in the following circumstances:

1. You give us permission to release the information.
2. We are required or permitted by law to disclose the information.
3. A court order or subpoena requires us to release this information.

For Healthcare Operations. We may use and disclose your health information for healthcare operations. This is necessary to run CMC and give quality care to our patients. For example, we may use health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine health information about many CMC patients to decide what additional services we should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective.

We may disclose information to doctors, nurses, technicians, medical students and other personnel for review and learning purposes.

Appointment Reminders. We may use and disclose health information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care at CMC.

Individuals Involved in Your Care. We may release your health information to a family member, other relative, close personal friend, or any other person who is involved in your care.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety. We may use and disclose your health information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent or reduce the threat.

SPECIAL SITUATIONS

Public Health Risks. We may disclose your health information for public health activities. These activities generally include the following:

1. To prevent or control disease, injury or disability.
2. To report births and deaths.
3. To report child abuse or neglect
4. To report reactions to medications or problems with products.
5. To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.
6. To notify the appropriate government authority if we believe an adult patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities. We may disclose your health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Lawsuits and Disputes. If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose your health information in response to a court or administrative order. We may also disclose your health information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute.

Law Enforcement. We may release health information if asked to do so by a law enforcement official:

1. In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process.
2. To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person.
3. About the victim of a crime if under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement.
4. About a death we believe may be the result of criminal conduct.
5. About criminal conduct at CMC.
6. In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. We may release health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release health information to funeral directors as necessary for them to carry out their duties.

National Security and Intelligence Activities. We may release your health information to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities authorized by law. We may also disclose your health information to authorized

federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state or others conducting special investigations.

Blood Testing. While you are receiving care, a healthcare worker may accidentally be exposed to blood or other body fluids. If this occurs, your blood will be tested for the presence of certain diseases (for example, HIV, Hepatitis B and C). These tests are necessary to help protect the healthcare worker. The results of these tests will be a part of your medical record and will not be released except with your prior consent or as required or permitted by law.

OTHER USES OF HEALTH INFORMATION

Other uses and disclosures of health information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written permission.

If you provide us permission to use or disclose your health information, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose your health information for the reasons covered by your written authorization.

You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission. We are required to retain records of the care that we provide to you.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION

You have the following rights regarding the health information we maintain about you:

Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and obtain a copy of the health information that may be used to make decisions about your care. Usually this includes medical records but may not include psychotherapy notes or psychiatric/substance abuse notes. To inspect and copy health information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing to the Medical Records Department. We will respond to you within 30 days of receiving your written request.

We may deny your request to inspect and/or obtain a copy of your health information in limited circumstances. If you are denied access to health information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the Clinic will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

Right to Request an Amendment If you feel that health information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for CMC. To request an amendment, your request must be made in writing to the Medical Director, Community Medical Clinic of Kershaw County, PO Box 217 Camden, SC 29021. We will respond within 60 days of receiving your written request.

We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

1. Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment
2. Is not part of the health information kept by or for CMC.
3. Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy.
4. Is accurate and complete.

Right to Request an Accounting of Disclosures. You have the right to request an "accounting of disclosures" This is a list of the disclosures we made concerning your health information, but, does not include disclosures made for treatment or for healthcare operations, or for purposes or disclosures specifically authorized by you.

To request this list or account of disclosures, you must submit your request in writing to the Medical Director, Community Medical Clinic of Kershaw County, PO Box 217, Camden, SC 29020. Your request must state a time period which may not be longer than six years. The first list you request with a 12 month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any cost is incurred. We will respond within 60 days of receiving your request. The list will include the date of the disclosure, to whom health information was disclosed (including address, if know, a description of the information disclosed, and the reason for the disclosure.

Right to Request Restrictions. You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about your treatment, payment, or healthcare options. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care, like a family member or a friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had. To request restrictions, you must make your request in writing. In your request, you must tell us (1) **What** information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure or both; and (3) to whom you want the limits to apply, for example, disclosures to your spouse.

We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment. You may not limit uses and disclosures that we are legally required or allowed to make.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or at home. To request confidential communications, you must make your request in writing to the Medical Director, Community Medical Clinic of Kershaw County PO Box 217, Camden, SC 29021. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

Right to a Paper Copy of This Notice. You have the right to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice at any time from the Clinic.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. The notice will contain the effective date on the first page. You can view the current notice at the Clinic.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Clinic. If you have any questions about this notice or any complaints about our privacy practices, please contact the Medical Director at Community Medical Clinic of Kershaw County, PO Box 217, Camden, SC 29021. You will not be penalized for filing a complaint.

For more information: www.hhs.gov/ocr/privacy/



Forma de Inscripción al Centro de Salud escolar Nuevo Renovar

(Por favor imprima nombre de la escuela)

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: __ Código Postal: _____

Fecha de Nac.: _____ No. De Seguro Social del estudiante: _____

Sexo: Femenino Masculino Raza/Grupo Étnico: _____

Grado Escolar (circule uno): 6 7 8 9 10 11 12

Padre/Tutor: _____ Relación con el/la Estudiante: _____

Telef. De preferencia: (T) _____ (H) _____ (C) _____

Correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia

¿Desea usar el contacto de emergencia dado en el expediente escolar para recibir información de su estudiante en el evento que no podamos localizarle a usted? SI No **Si NO, por favor enumere contactos de emergencia:**

Contacto de Emergencia o persona que puede recibir información sobre su niño/a si no podemos contactarle a usted,

Nombre	Telefono	Relacion con el/la estudiante
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Información de la Salud del Estudiante

Alergias a Medicinas: Si No Si, indique

Alergias a Comida: Si No Si, indique

Ha tenido actualmente o en los últimos 2 años:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias/al polen | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Anemia Sickle Cell |
| <input type="checkbox"/> NINGUNO | <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

Medicamentos Actuales:

1. _____
2. _____
3. _____

Cirugías (tipo/año)

1. _____
2. _____
3. _____

Otro _____

Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____

Nombre de Farmacia: _____ Telefono: _____

Tipo de Privado (nombre) _____ ¿El estudiante es activo en Deporte Escolar o Club?

Seguro Medocp : Medicare Medicaid Sin seguro Si No

Autorización para Servicios e Información HIPPA

Declaración de Autorización: Yo, el padre/tutor del mencionado/a estudiante, doy consentimiento para que mi niño/a reciba servicios en el SBHC. Yo entiendo que esta forma de autorización será válida hasta que mi niño/a deje /gradúe de la escuela o hasta que yo provea al personal del Centro con instrucciones por escrito de lo contrario.

Toda la información de la salud es confidencial. Al firmar la forma de autorización, usted está dando autorización a la enfermera escolar de SBHC, y el médico regular de su niño/a (si se aplica), a comunicarse y compartir información médica en relación a la condición médica de su niño/a conforme sea necesario con el entendimiento que esta información continuara siendo tratada en forma confidencial. No se le negará acceso a servicios del cuidado de la salud a ningún estudiante debido a su inhabilidad de pagar. Como en cualquier centro de salud, podrá haber un cargo dependiendo en el servicio provisto. Cuando sean disponibles, se le cobrará al seguro o Medicaid. El centro de salud puede divulgar información en relación con el tratamiento a pagares terceras partes para propósitos de cobro. **Si su niño/a va a North Central Middle School, usted también le esta dando permiso al personal de SBHC a transportar a su niño/a de North Central Middle School al SBHC en NCHS.**

Confidencialidad entre el estudiante, pares y el centro de salud es asegurado. De acuerdo con leyes estatal y federales, alguna información requiere la autorización firmada del estudiante antes de ser divulgada a alguien, incluyendo padres/tutores. El personal sugiere a cada estudiante a que haga a sus padres/tutores partícipes de decisiones en el cuidado de la salud.

Yo soy el tutor legal del niño/a mencionada arriba. Yo entiendo que si la custodia cambia, se debe firmar una nueva autorización por el tutor legal. También entiendo que al otorgar un contacto alternativo, si yo no puedo ser localizado, información médica en relación al niño/a arriba mencionado será compartida entre el proveedor médico y el contacto alternativo. Cualquier información de la salud y contactos de emergencia pueden ser obtenidos del distrito escolar para el propósito de tratamiento médico o farmacia.

Divulgación de Información: Para proveer al médico y/o cuidado mental de mi niño/a conforme sea provisto por **consejeros del SBHC, de la Escuela de Psicología de USC y el Distrito Escolar del Condado de Kershaw (RBHS)**, yo autorizo a la escuela de mi niño/a o proveedor de la salud y farmacia a discutir, y/o entregar el contenido del expediente completo de la salud de mi niño/a **a los consejeros de SBHC, la Escuela de Psicología de USC y el Distrito Escolar del Condado de Kershaw**, incluyendo expedientes relacionados con cuidado de la salud mental y enfermedades comunicables para el propósito de proveer continuidad del cuidado. Esta información médica puede ser usada por los **consejeros de la Escuela de Psicología de USC y el Distrito Escolar del Condado de Kershaw (RBHS)** para tratamientos médicos o consulta, o cobranza u otros propósitos que sean necesarios para atender apropiadamente las necesidades médicas de mi niño/a. Yo entiendo que estas diferentes entidades están colaborando unas con otras para proveer el mejor cuidado posible para mi niño/a en SBHC y es importante que estas entidades compartan la información médica privada de mi niño/a entre ellos para proveer este cuidado. La información también puede ser usada para evaluar resultados ante entidades de donación.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Esta divulgación de información permanecerá en efecto hasta que sea terminada por mí por escrito. .

Divulgación HIPAA: El Acta de Portabilidad del Seguro de la Salud y Responsabilidad, también conocida como HIPAA fue creada en 1996 por el Congreso de los Estados Unidos para proteger la privacidad de su información de la salud. El acta prohíbe que su proveedor de la salud divulgue o discuta cualquier aspecto de su salud e información médica con nadie que no esté directamente involucrado con su cuidado. El personal de CHS-SBHC esta comprometido a asegurar que su niño/a reciba cuidado apropiado y su información sea protegida.

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha

----- Iniciales Indicando que he recibido una copia de la Declaración de Privacidad de CMC

**Clinica Medica Comunitaria del Condado de Kershaw
Post Office Box 217
Camden, SC 29021**

Actualizado 09/10/2018
Revisado 05/31/2019



Declaración de Privacidad

COMMUNITY MEDICAL CLINIC

Revised 5/30/2019

Esta información, describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica de usted y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

NUESTRO JURAMENTO EN RELACION A INFORMACION DE LA SALUD

Entendemos que información sobre usted o su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de la salud. Crearemos un expediente del cuidado y servicios que recibe en la Clínica Médica Comunitaria del Condado de Kershaw (CMC). Requerimos ese expediente para brindarle cuidado de calidad y cumplir con ciertos requerimientos legales. Este aviso aplica a todos los expedientes en su cuidado generados por CMC. Este aviso le informa de las formas en que podemos divulgar su información de la salud. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación al uso y divulgación de información de la salud.

Estamos requeridos por ley a:

1. Asegurar que información de la salud que lo identifique a usted permanezca privada.
2. Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de la salud.
3. Seguir los términos del aviso actualmente vigente.

COMO PODEMOS DIVULGAR SU INFORMACION DE LA SALUD:

Las siguientes categorías describen diferentes formas como podemos usar y divulgar su información de la salud. Para cada categoría de uso o divulgación, le explicaremos lo que significa y daremos ejemplos. No se enumeran todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo todas las formas se nos permite usar y divulgar información caen dentro de por lo menos una de las categorías.

Para Tratamiento. Podemos usar su información de la salud para proveerle un tratamiento médico o servicios. Podemos divulgar su información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos u otro personal de CMC quienes están involucrados en su cuidado. También divulgaremos su información a personas fuera de CMC para proveer servicios que son parte de su cuidado médico.

Prueba del VIH & SIDA. Si se le hace la prueba del VIH o SIDA, nosotros no divulgaremos información sobre los resultados de su prueba o tratamiento, excepto en las siguientes circunstancias:

1. Usted nos autoriza a divulgar la información.
2. Somos requeridos o permitidos por ley divulgar la información.
3. Orden de la corte o de comparecer requiere que divulguemos esta información.

Para funciones del Cuidado de la Salud. Podemos usar y divulgar su información de la salud para funciones del cuidado de la salud. Esto es necesario para el funcionamiento de CMC y dar cuidado de calidad a nuestros pacientes. Por ejemplo usaremos información de la salud para revisar nuestros tratamientos y servicios y evaluar el servicio de nuestro personal en su cuidado. También Podemos combinar información de la salud de muchos pacientes de CMC para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cuales servicios no son necesarios, y si ciertos nuevos tratamientos son efectivos. También divulgaremos información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y otro personal para propósitos de revisión y aprendizaje.

Recordatorio de Citas. Nosotros Podemos usar y divulgar información de la salud al contactarlo recordándole su cita para tratamiento o cuidado médico en CMC.

Individuos Involucrados en su Cuidado. Nosotros Podemos divulgar su información de la salud a un miembro de la familia, otro familiar, pariente, amigo personal, o cualquier otra persona que esté involucrada en su cuidado.

Prevención de Amenazas serias a la salud. Nosotros podemos usar y divulgar su información de la salud en caso necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o del público u otra persona. Cualquier divulgación sera solo a alguien capaz de ayudar a prevenir o reducir la amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES

Riesgos de Salud Pública. Nosotros Podemos divulgar su información de la salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

1. Prevenir o control de enfermedad, lesión incapacidad.
2. Reportar nacimientos y defunciones.
3. Reportar abuso o negligencia infantil.
4. Reportar reaccion a medicamentos o problemas con productos.
5. Notificar a una persona que puede haber sido expuesta a una enfermedad o riesgo de contraer o dispersar una enfermedad o condición.
6. Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si consideramos que un paciente adulto a sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos si usted esta de acuerdo o si es requerido o autorizado por la ley.

Actividades de Supervisión de la Salud. Nosotros Podemos divulgar su información de la salud a agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, auditorias, investigaciones, inspecciones y licencia. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el Sistema de cuidado de la salud, programas de gobierno, y cumplimiento con leyes de derechos civiles. .

Demandas y Disputas. Si usted esta involucrado en una demanda o disputa, nosotros podemos divulgar su información de la salud en respuesta a una orden de la corte o administrativa. También podemos divulgar su información de la salud en respuesta a una orden de comparecer, investigación u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa..

La Ley. Podemos divulgar información de la salud si se nos pide por un oficial de la ley:

1. En respuesta a orden de la corte o comparecer, cateos, o procesos similares.
2. Para localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo, o persona extraviada.
3. Sobre la víctima de un crimen si bajo ciertas circunstancias limitadas no podemos obtener el acuerdo de la persona.
4. Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal.
5. Sobre conducta criminal en CMC.
6. En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, localización del crimen o víctima, identidad, descripción o ubicación de las personas que cometieron el crimen.

Forenses, Examinadores Médicos y Directores Funerarios. Divulgaremos información de la salud a forenses o examinador médico. Esto es necesario por ejemplo para identificar al fallecido/a o determinar la causa de muerte. También divulgaremos información a directores funerarios conforme sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Podemos divulgar su información de la salud a oficiales federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizados por la ley. También podemos divulgar su información de la salud a oficiales federales autorizados para que den protección al Presidente; otras personas autorizadas o líderes extranjeros u otras investigaciones especiales de estado

Análisis Sanguíneo. Mientras que usted esta recibiendo cuidado, un trabajador de la salud puede estar expuesto accidentalmente a sangre u otros fluidos corporales. Si esto ocurre, su sangre será analizada para ciertas enfermedades (por ejemplo VIH, Hepatitis B y C). Estas pruebas son necesarias para ayudar a proteger al trabajador de la salud. Los resultados de estos análisis serán parte de su expediente médico y no serán divulgados excepto con su previo consentimiento o conforme es requerido y permitido por la ley.

OTROS USOS DE INFORMACION DE LA SALUD

Otros usos de la información de la salud no cubiertos en este aviso o las leyes que se nos aplican, serán hechos solo con su autorización por escrito.

Si usted nos da permiso de divulgar su información de la salud usted puede revocar ese permiso por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso nosotros no podemos divulgar o usar más su información de la salud por las razones cubiertas por su autorización escrita.

Usted entiendo que no podemos recuperar cualquier divulgación que hubiésemos hecho con su permiso. Estamos obligados a mantener expedientes del cuidado que nosotros le hemos brindado.

SUS DERECHOS EN RELACION A SU INFORMACION DE LA SALUD Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información de su salud que mantenemos.

Derecho a Inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copia de la información de la salud que puede ser usada para hacer decisiones sobre su cuidado. Usualmente esto incluye expedientes medicos pero puede no incluir notas de psicoterapia o psiquiatría /abuso de substancias. Para inspeccionar y copiar información de la salud que puede ser usada para hacer decisiones a cerca de usted, usted debe presentar su requisito por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Nosotros responderemos dentro de 30 dias de haber recibido su requisito por escrito.

Nosotros podemos negar su requisito a inspeccionar y/o obtener una copia de su información de la salud en circunstancias limitadas. Si se le ha negado acceso a información de la salud, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Otro profesional de la salud certificado, elegido por la Clínica revisara su requisito y la negación. La persona que llevará a cabo la revisión no será la persona que le negó su requisito. Nosotros cumpliremos con los resultados de la revisión.

Derecho a pedir **una** corrección su usted considera que la información de la salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, Usted tiene el derecho a hacer una corrección siempre y cuando la información es retenida por o para CMC. Solicite una corrección por escrito al Director Médico, Community Medical Clinic of Kershaw County, PO Box 217 Camden, SC 29021. Responderemos en 60 días de recibir su solicitud por escrito.

Podemos negar su solicitud de corrección si no se hace por escrito no incluye la razón para apoyar su solicitud. Además, podemos negar su solicitud si usted pide que se corrija información que:

1. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la información ya no está disponible para hacer la corrección
2. No es parte de la información de la salud mantenida poro para CMC.
3. No es parte de la información la cual usted está permitido inspeccionar y copiar.
4. Es precisa y completa.

Derecho a solicitar un Registro de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar “registro de divulgaciones” Esta es una lista de las divulgaciones hechas en relación con su información de la salud, pero no incluye divulgaciones hechas para tratamiento para funciones de cuidado de la salud, o para propósitos o divulgaciones específicamente autorizadas por usted.

Para solicitar este Registro de Divulgaciones, usted debe enviar su solicitud por escrito al Director Médico, Community Medical Clinic of Kershaw County, P Box 217, Camden, SC 29020. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo el cual no debe ser mayor de 6 años. La primera lista que solicite por un periodo de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, le podemos cobrar por el costo de proveerle la lista. Le notificaremos de este costo y a ese punto, usted puede elegir cancelar o modificar su solicitud antes de incurrir en cualquier cargo. Nosotros responderemos en 60 días de haber recibido su solicitud. La lista incluirá la fecha de divulgación, a quien se le divulgo información de la salud (incluyendo dirección, si se conoce), una descripción de la información divulgada, y la razón de la divulgación.

Derecho a Restricciones. Usted tiene el derecho a pedir restricciones o limite de la información que usamos o divulgamos sobre su tratamiento, pagou opciones de cuidado de la salud. Usted tambien tiene el derecho a pedir un limite de la información de la salud que divulgamos a cerca de usted a alguien involucrado en su cuidado como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía que usted tuvo. Para pedir restricciones, usted debe hacerlo por escrito. En su solicitud usted debe decirnos: (1) Que información desea que sea limitada. (2) Si usted desea limitar el uso, divulgación o ambos; y (3) A quien desea usted que se aplique la limitación. Por ejemplo a su conyugue. .

No se requiere que estemos de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Usted no puede limitar usos y divulgaciones que son legalmente requeridas o permitidas de hacer.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en cierta forma o lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o su casa.

Para solicitar comunicaciones confidenciales usted debe hacer una solicitud por escrito al Director Médico, Community Medical Clinic of Kershaw County PO Box 217, Camden, SC 29021. No le preguntaremos su razón de la solicitud. Su solicitud debe especificar como o donde usted desea ser contactado.

Derecho a Una Copia Impresa de esta Notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede obtener una copia de esta notificación en cualquier momento en la Clínica.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION

Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación. Nos reservamos el derecho de hacer vigente la notificación de información de la salud revisada o corregida. Información de la salud sobre usted que ya tengamos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. La notificación contendrá la fecha efectiva en la primera página. Usted puede ver la notificación vigente en la Clínica.

QUEJAS

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con la Clínica. Si usted tiene preguntas sobre esta notificación o quejas sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Director Médico a: Community Medical Clinic of Kershaw County, PO Box 217, Camden, SC 29021. Usted no será penalizado por presentar una queja. Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/