



Estimados padres:

El Norwegian American Hospital y su escuela se han unido para ayudar a prestar servicios a su(s) hijo(s). No estamos aquí para tomar el lugar de su proveedor de atención médica primaria, pero entendemos que en ocasiones puede ser difícil llevar a su(s) hijo(s) al médico. Ofrecemos servicios en la escuela, tales como pruebas de plomo y de hemoglobina, evaluación auditiva y visual, exámenes físicos e inmunizaciones. **¡Nuestros servicios se prestan SIN NINGÚN CARGO tanto para usted como su familia!** Esta carta, así como la Notificación de Prácticas Privadas, es para que usted las conserve como referencia, pero si necesitamos que complete los siguientes formularios y los devuelva a la escuela:

1. Formulario de Registro y Consentimiento del Pediatric Care-A-Van del Norwegian American Hospital: este formulario permite que su(s) hijo(s) sean vistos por el programa Pediatric Care-A-Van; asegúrese de completar y firmar el formulario.
2. Consentimiento de servicios farmacológicos clínicos (Clinical Pharmacology Services, CPS) y Liberación de Responsabilidad: este formulario permite que su escuela se comunique con el Norwegian American Hospital acerca de la salud de su hijo.
3. Evaluación de riesgos de TB: este formulario nos permite identificar a los niños que están en riesgo de padecer tuberculosis: infección pulmonar (es una parte obligatoria del examen físico de la escuela).
4. Formulario de liberación de fotografías/videos: este formulario no es obligatorio, pero se recomienda encarecidamente. Nos permite resaltar lo que hacemos de manera que podamos continuar prestando servicios sin cargo alguno.

Al llenar estos formularios, usted nos da su consentimiento para todo el año escolar, lo cual significa que su hijo puede recibir servicios del Care-A-Van en más de una ocasión. Si en algún momento desea anular este consentimiento, siga el protocolo que se indica en la Notificación de las Prácticas Privadas (asegúrese de incluir que esto es con respecto a un "paciente de Care-A-Van").

Qué esperar:

Revisaremos la información médica de su hijo que posee la escuela y ICARE (base de datos de Illinois de los registros de vacunas) para confirmar qué servicios puede necesitar su hijo. Es muy importante que la escuela tenga los registros más actuales sobre la salud e inmunización de su hijo. Si su hijo NO tiene registros de inmunización disponibles al momento de la consulta, no aplicaremos ninguna vacuna a menos que usted entregue un consentimiento por escrito para reiniciar el programa de inmunizaciones. Nosotros nos adherimos al programa de inmunizaciones recomendado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention, CDC).

Después de ver a su(s) hijo(s), le(s) proporcionaremos información sobre los servicios que se prestaron en Pediatric Care-A-Van para que se la lleve a casa de manera que usted sepa exactamente qué ocurrió. Asimismo, se suministrará una copia a la escuela para que lo conserve en el expediente. Adicionalmente, incluiremos información sobre los servicios comunitarios que usted puede necesitar (es decir, odontólogos, proveedores de atención médica primaria, etc.).

Información sobre las vacunas:

El Resumen de Información de las Vacunas (Vaccine Information Statements, VIS) está disponible en múltiples idiomas en el siguiente sitio web: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html>. Aplicamos vacunas a niños de hasta 19 años de edad que califiquen en el programa de Vacunas para Niños, tal y como se haya verificado en los registros del estado. Las vacunas incluyen: Dtap-Infanrix, Td-Tenvac, Tdap-Boostrix contra la difteria y el tétanos, Havrix contra la hepatitis A, Engerix Hib – Pentacel contra la hepatitis B, HPV-Gardasil contra el VPH, Influenza, MMR, Menactra contra el meningococo y Bexsero contra el meningococo-B, Prevnar contra el neumococo, vacuna inactivada contra la polio, y la varicela (combinación de vacunas también disponibles: Kinrix, ProQuad, Pediarix y Pentacel). **Su hijo solo recibirá las vacunas obligatorias con base en la información que nos proporcionó la escuela y ICare.** Usted siempre tiene la opción de rehusarse a cualquier vacuna incluida en el consentimiento. Sin embargo, tenga en cuenta que muchas de las vacunas que aplicamos son obligatorias para que su(s) hijo(s) continúe(n) en la escuela. Asimismo, aplicamos las vacunas recomendadas porque son importantes para que su hijo se mantenga saludable y puede que en algún momento sean obligatorias en la escuela.

Nuevamente, nosotros, el Norwegian American Hospital, estamos aquí para atenderlo a usted y a su familia. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su escuela o llámenos directamente al (773) 292-2629.

Atentamente,

Care-A-Van del Norwegian American Hospital

Julio 2017



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 esta institución está obligada por leyes Federales y Estatales a proteger la privacidad de su información médica. Nosotros la llamamos "Protected Health Information" (PHI) - Información Médica Protegida.

Miembros empleados y voluntarios de esta instalación/hospital 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 revelarle 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 mencionado 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 estancia 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 contenida en su PHI:

- Cuando requerido por ley, por ejemplo por orden de las cortes.
- Para actividades de salud pública tales como el repórter 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 localización 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 par 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 or 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 aun 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 a 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 CIERTAS 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 en conflicto 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 intercambio, 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 Secretaría.

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

Privacy Officer/Official 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 al:

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



Formulario de registro y consentimiento de Pediatric Care-A-Van

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ Sexo asignado al nacer: M F Intersexual
 Género actual: Masculino Femenino Transgénero-F (MTF) Transgénero-M (FTM) Género no binario Otro
 Raza: Negro/afroamericano Caucásico/blanco Hispano/Latino Asiático Nativo americano Otro: _____
 Número de teléfono: () _____ - _____ Tipo: Casa Celular Trabajo; Correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal: _____
 Nombre(s) de los padres: _____
 ¿Tutor legal? Sí; No (identifique): _____

Historial médico del niño –Marque la casilla correspondiente y especifique cuando sea necesario.

No Sí ¿Alguna alergia? Si es así, indíquelas: _____
 No Sí **Alergia específica a:** ¿neomicina, estreptomocina, látex, gelatina, levadura de pastelería o huevos?
 (Si es así, encierre en un círculo)
 No Sí ¿Medicamentos? Si es así, indíquelos: _____
 No Sí ¿Tiene alguna preocupación relacionada con el estado de salud actual de su hijo? _____
 No Sí ¿Alguna vez su hijo ha tenido alguna reacción a una vacuna? Si es así, indíquela: _____
 * No Sí ¿Hay alguna inmunización que NO quiere que su hijo reciba? Si es así sí, indíquela: _____

Problemas de salud: (marque las casillas que corresponden a su hijo. Si no responde, asumiremos que su hijo no tiene problemas de salud):

Asma Anemia falsiforme Rasgo depreanocítico Colesterol alto Depresión
 Convulsiones Fracturas Nacimiento prematuro Diabetes Anemia (deficiencia de hierro)
 Presión arterial alta Problemas de crecimiento Concusión/lesión en la cabeza Desvanecimiento/mareo ADHD/ADD
 Enfermedad cardíaca/cirugía Anafilaxis Talasemia Discapacidades del aprendizaje
 Embarazo (¿fecha?) Hemofilia/Historial de hemorragia prolongada
 Cirugía (tipo y fecha): _____ NINGUNA DE LAS ANTERIORES
 Hospitalizaciones el último año (especifique): _____ Otro (especifique): _____

Información acerca de la familia:

No Sí ¿Los padres, abuelos, hermanos, tías o tíos del niño padecen de diabetes? ¿Quién?
 _____ No Sí ¿Los padres, abuelos, hermanos, tías o tíos del niño padecen de ...? (Si es así, encierre
 en un círculo y escriba quién)
 Presión arterial alta Asma Enfermedad cardíaca Cáncer Colesterol alto Problemas del crecimiento

¿Su familia tiene...?

No Sí proveedor de atención médica primaria (PCP)/ doctor Nombre del proveedor: _____
 Información clínica (nombre, dirección, número de teléfono): _____
 No Sí odontólogo Nombre del odontólogo _____ Nombre/teléfono de la clínica: _____
 No Sí seguro? Número de tarjeta del seguro _____ *Necesario para garantizar que califica para el programa de

vacunas GRATUITAS

Consentimiento para recibir los servicios:

Como el padre/tutor legal del niño antes mencionado, confirmo que he recibido, leído y entendido la carta a los padres, la notificación de las prácticas privadas y este formulario de consentimiento/registro. Autorizo al Norwegian American Hospital para que obtenga un expediente médico de este niño cuando sea necesario. Asimismo, autorizo a realizar un examen físico, evaluaciones médicas y proceder con todas las inmunizaciones necesarias y recomendadas. Confirmando que Care-A-Van puede visitar la escuela de mi hijo varias veces durante el año escolar y autorizo a que puedan verlo en cualquier momento. Recibí un enlace del Resumen de Información de las Vacunas (<http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html>). Asimismo, autorizo para que la información relacionada con esta consulta médica y control correspondiente se comparta con la ubicación/escuela de mi hijo y participe en I Care (Intercambio de Registro Integral Automatizado de Inmunizaciones de Illinois). Por último, autorizo a que se me contacte a modo de seguimiento.

Firma del tutor legal: X _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación: _____ (Consentimiento válido desde el 1^{er} de agosto hasta el 31 de julio del presente año escolar)

De tener alguna pregunta o inquietud, llame al 773-292-2629



CONSENTIMIENTO Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD POR SERVICIOS MÉDICOS RELACIONADOS PROVISTOS POR:

[_____]

Nombre del estudiante _____ ID# del estudiante _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____ Nombre de la escuela _____

1. El firmante, como padre o tutor legal del niño(a) nombrado arriba, entiende que [_____], a través de su red de proveedores médicos calificados ("[_____] Proveedores"), ofrece servicios médicos relacionados ("Servicios") a los residentes de la ciudad de Chicago, incluyendo a estudiantes de las Escuelas Públicas de Chicago ("CPS") y mi niño(a) puede ser elegible para recibir esos servicios.

2. Dados los diferentes tipos de servicios ofrecidos por los proveedores, entiendo que cada proveedor requerirá mi consentimiento antes de que mi niño(a) reciba los siguientes tipos de servicios.

3. Entiendo que como cuidador sustituto de un estudiante de las Escuelas Públicas de Chicago, bajo la tutoría legal del Departamento de Servicios a Niños y Familias de Illinois (DCFS), no estoy autorizado a proveer el consentimiento escrito para servicio médico de rutina y cuidado dental. Entiendo además que debo requerir el consentimiento del Administrador de Tutorías del DCFS, o de su agente autorizado, y proveer una copia del Consentimiento del DCFS para Tratamiento Médico de Rutina y Cuidado Dental, si es otorgado antes de la realización de cualquiera de los servicios.

4. Autorizo además que la Junta de Educación de la ciudad de Chicago ("la Junta") divulgue y proporcione información a los proveedores sobre exámenes físicos pasados, vacunas, condiciones crónicas, exámenes de la vista y del oído, y examen dental contenidos en el legajo de salud de mi hijo(a), para que puedan realizar los servicios de manera efectiva. También concedo mi autorización para que los proveedores divulguen y proporcionen los reportes a la escuela de mi niño(a), para que sean incluidos en el legajo médico, y reportes escritos y verbales relacionados con los resultados de cualquier control o examen realizado. Entiendo que esos registros todavía estarán sujetos a los derechos de privacidad establecidos por leyes estatales y federales.

5. Entiendo que la Junta no tiene control sobre los servicios realizados por un [_____] Proveedor. Por lo tanto, si un [_____] Proveedor realiza los Servicios, estoy de acuerdo con dispensar de toda responsabilidad a la Junta, sus miembros, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados ante cualquiera y todos los reclamos, demandas, acciones, quejas, demandas legales u otras formas de responsabilidad que puedan surgir de, y por culpa de, o sean provocados por la provisión de los Servicios y el tratamiento recibido.

6. Entiendo que el Proveedor puede enviar la cuenta por cualquier servicio reembolsable provisto al programa Medicaid del Departamento de Servicios Humanos de Illinois, o a cualquier otro seguro aplicable, y que puedo ser personalmente responsable de cualquier copago impuesto por mi seguro. Si tiene preguntas, llame a la línea directa del DHS por el 1-800-843-6154. Las personas que usan un teletypewriter (TTY) pueden llamar al 1-800-447-6404. La llamada es gratuita.

La Unidad de Beneficios para Niños y Familias (CFBU) puede ayudarlo a solicitar los beneficios de Medicaid y SNAP (estampillas de alimentos).
Llame al 773-553-KIDS (5437) por información.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, en su totalidad o parcialmente, enviando a la Junta y a la escuela del niño(a) un aviso previo escrito por fax o correo electrónico (datos a la derecha). Esta revocación no entrará en efecto durante siete (7) días hábiles, después que la Junta reciba mi aviso. A menos que yo revoque mi consentimiento, como se describe arriba, esta autorización comenzará a regir en la fecha designada abajo y permanecerá en efecto durante un año calendario desde la fecha de la firma.

Junta de Educación de Chicago
Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil
42 W. Madison, subsuelo, Chicago, IL 60602
At: Student Health Fax: 773-553-1357

Copia: Escuela del niño At: Director

Firma y fecha → Firma del padre/tutor legal: _____
Nombre en imprenta: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



Evaluación de riesgo de Tuberculosis (TB)*

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿El niño presenta algún síntoma de TB (tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida del apetito, pérdida de peso o fatiga), O una radiografía de tórax anormal? **De ser afirmativo, encierre en un círculo los síntomas.** Sí No
2. En los últimos 2 años, ¿el niño ha vivido o ha pasado tiempo con alguien que haya sufrido de TB? Sí No
3. ¿El niño nació en África, Asia, las Islas del Pacífico (salvo Japón), centroamérica, sudamérica, México, Europa Oriental, el Caribe o el Oriente Medio? **De ser afirmativo, indique la fecha de llegada a los EE. UU.:** _____ Sí No
4. ¿El niño ha vivido o viajado a África, Asia, las Islas del Pacífico (salvo Japón), centroamérica, sudamérica, México, Europa Oriental, el Caribe o el Oriente Medio por más de 1 mes? **De ser afirmativo, ¿qué país?** _____ Sí No
5. ¿Algún miembro de la vivienda familiar del niño llegó a EE. UU. proveniente de otro país? **De ser afirmativo, ¿qué país?** _____ Sí No
6. El niño está expuesto/vive con una persona que: **(De ser afirmativo, encierre en un círculo)**
 - a. ¿Está actualmente en prisión o ha estado en prisión en los últimos 5 años?
 - b. ¿Tiene VIH?
 - c. ¿Es indigente?
 - d. ¿Vive en un hogar grupal?
 - e. ¿Usa drogas ilegales?
 - f. ¿Es un agricultor migrante? Sí No
7. ¿El niño/adolescente está o ha estado alguna vez en prisión? Sí No
8. ¿El niño tiene algún historial de enfermedad inmunosupresora o toma algún medicamento que podría causar inmunosupresión (por ejemplo, cáncer, anemia deprimada, lupus, VIH)? **De ser afirmativo, ¿cuál?** _____ Sí No

X _____ X _____
(Nombre del padre en letra de imprenta) (Firma del padre)

X _____
(Fecha)

Solo para uso oficial:

Revisado por: _____

Fecha: _____

¿El niño está en riesgo de padecer TB?

Sí

No

Referencia para prueba cutánea (PPD)

Referencia para CXR debido a vacuna BCG anterior

**Las respuestas de este formulario solo se usarán para determinar el riesgo de su hijo de tener problemas de salud, especialmente de padecer de TB, enfermedad pulmonar que es más común en algunos países y en personas con problemas del sistema inmune.*



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE FOTOVÍDEO

Yo _____, otorgo mi consentimiento para el uso sin restricciones por parte del Norwegian American Hospital (y a aquellos que actúen con su permiso y autoridad) de cualquiera y todas las fotografías tomadas, total o parcialmente, de uso ilimitado, para todos los propósitos, en cualquier forma o medio, incluyendo sin limitación, su uso a través de o en cualquier medio electrónico, incluyendo el Internet.

Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto o productos finales, textos publicitarios o material impreso que pueda ser usado con las fotografías finales. Además, renuncio a todos los derechos, títulos e intereses que pueda tener en las fotografías y negativos finales y en la reproducción de cualquier empresa de negocios responsable o publicación. Se entiende que Norwegian American Hospital conserva los derechos de autor de las imágenes en todo momento bajo el entendimiento y acuerdo expreso de que Norwegian American Hospital tendrá los derechos de reproducción exclusiva de las imágenes.

Por la presente libero a Norwegian American Hospital de cualquier y todas las demandas relacionadas con las fotografías, incluyendo cualquier y todas las demandas por difamación.

_____ Soy mayor de 18 años. He leído lo anterior y entiendo completamente su contenido.

_____ Soy el padre o tutor de un menor. He leído lo anterior y entiendo completamente su contenido. Por la presente, otorgo mi permiso para que las fotografías de mi hijo(a) sean usadas de la forma especificada anteriormente.

Nombre (por favor use letra de imprenta) _____

Nombre del menor, si aplica _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Firma _____ Fecha _____

Relación con el sujeto (si el sujeto es un menor) _____