

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Dear Parent/ Legal Guardian,

Your child's high school is part of a **special program that provides extra healthcare services** right at the school clinic. This includes treating minor illnesses and injuries, managing chronic conditions, lab tests, and offering preventive care like physicals and immunizations—all at **NO COST** to you.

To make sure your child can access these services, please complete and return the attached consent forms to the school clinic. This is in addition to the annual school district online forms. With your consent, your child will be able to receive extra healthcare services from our Medical Provider, along with basic first aid and emergency care.

Consent for School-Based Health Clinic Services

-  Complete the entire form and sign consent.
 If your student has Medicaid, check the 'YES' box and sign.

Student Health History

-  Complete the entire form and sign.

Initiation of Services

-  Complete and sign consent.

Interagency Consent for Services and Release of Information

-  Complete and sign consent.

Notice of Privacy Practices

Keep for your records.

If you have any questions about these forms or services, please contact the clinic at your child's school:

Boca Ciega High School Clinic: (727) 893-2780 ext. 2026
Gibbs High School Clinic: (727) 893-5452 ext. 2026
Largo High School Clinic: (727) 588-3758 ext. 2026
Northeast High School Clinic: (727) 570-3138 ext. 2325
Pinellas Park High School Clinic: (727) 538-7410 ext. 2026

These expanded services are funded by the Juvenile Welfare Board (JWB) through local taxes. As part of the funding, the Florida Department of Health in Pinellas County is required to collect personally identifiable information on students for program accountability and quality improvement activities.

The School-Based Health Clinics Program is a partnership between the Florida Department of Health in Pinellas County, JWB, the Pinellas County School Board, Suncoast Center, Inc., and the administrations at Boca Ciega, Gibbs, Largo, Northeast, and Pinellas Park high schools.

The mission of the School-Based Health Services Program is to
assess, protect and promote the health of children and adolescents,
helping to assure that they are healthy in the classroom and ready to learn.

For more information, visit our web site at <https://tinyurl.com/SchoolBasedClinics>.

School Based Health Clinic Consent Packet September 2024



Consent for School Based Health Clinic Services FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH

STUDENT INFORMATION

LAST NAME:		DATE OF BIRTH:	
FIRST NAME:		SCHOOL NAME:	
MIDDLE NAME:		GRADE:	
SOCIAL SECURITY #:			

SERVICES AVAILABLE TO HIGH SCHOOL STUDENTS AT NO COST

Please check any services we **CANNOT** provide to your child.

☐ School/Sports Physicals	☐ Care for Minor Illness & Injuries	☐ Immunizations
☐ Social, Emotional, and Mental Health Counseling	☐ Lab Tests (throat, urine cultures)	☐ Administer Over the Counter Medications (Tylenol, Ibuprofen, Tums)

AGREEMENT FOR STUDENT SERVICES

Please read carefully and sign:

I do hereby give my consent for the above named student to receive services at the Florida Department of Health School-Based Clinic. All services listed above that have not been checked will be available to my child. I further understand that all services authorized by myself will be available at no cost.

Please check one: ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Student (if 18 or older)



Print Name

Signature

Date

Is your child covered by Medicaid? ☐ YES ☐ NO (If Yes, please continue. If No, please skip the rest of the Medicaid section)

STATE OF FLORIDA CONSENT FOR BILLING MEDICAID

School-based clinic services are free, but the Florida Department of Health receives partial funding by billing Medicaid for students with coverage. If your child has Medicaid, please sign below.

I hereby assign the Florida Department of Health all benefits provided under the Medicaid health care plan. The amount of such benefits shall not exceed the medical charges set forth by the Pinellas County Board of Commissioners. All payments under this paragraph are to be made to the Florida Department of Health. I further authorize the Florida Department of Health at 205 Dr. M. L. King Jr. Street North, St. Petersburg, FL 33701 and any physician or healthcare provider examining or treating my child to release to any third party for any medical, psychiatric/psychological, alcohol/drug abuse, sexually transmitted disease, tuberculosis, AIDS, HIV, abuse or case management information including information received from other health care providers, concerning diagnosis and treatment for its use in determining a claim for such diagnosis or treatment. This may include any and all information pertaining to payment.

Please check one: ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Student (if 18 or older)



Print Name

Signature

Date

THE FOLLOWING QUESTIONS ARE FOR DATA GATHERING PURPOSES ONLY

Household Arrangement (select one): Single parent: ☐ Female Head of household ☐ Male Head of household Dual Parent (both parents): ☐ Married ☐ Non-Married Male/Female Other: _____	Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic Country of origin: _____ Race: _____	Primary Language Spoken: _____ Number of Children in home: _____ Number of Adults in home: _____ Household income (before taxes): \$ _____
--	---	--

PLEASE DOUBLE CHECK REQUIRED SIGNATURES. THANK YOU!

REV 09/2024



Student Health History

CONFIDENTIAL

STUDENT INFORMATION

LAST NAME:		DATE OF BIRTH:		AGE:	
FIRST NAME:		SEX:	☐ MALE	☐ FEMALE	
MIDDLE NAME:		TWIN:	☐ YES	☐ NO	

STUDENT MEDICAL HISTORY

Does your child have allergies to any medication, food, or environment? ☐ YES ☐ NO If yes, does your child have an epi-pen: ☐ YES ☐ NO	If yes, please list all allergens and reactions:
Does your child take medications daily or as needed? ☐ YES ☐ NO	If yes, please list medication, dose, and reason for the medication:

DOES YOUR CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING HEALTH CONCERNS?

		YES ☒	IF YES, PLEASE PROVIDE EXPLANATION/MORE DETAILS:
1	ADHD	☐	
2	ASTHMA	☐	
3	AUTISM SPECTRUM	☐	
4	DIABETES TYPE 1	☐	
5	DIABETES TYPE 2	☐	
6	FAINTING SPELLS	☐	
7	HEADACHES OR MIGRAINES	☐	
8	HEART DISEASE	☐	
9	KIDNEY OR BLADDER PROBLEMS	☐	
10	SEVERE MENSTRUAL CRAMPS/IRREGULAR	☐	
11	SEIZURES	☐	
12	SICKLE CELL DISEASE	☐	
13	STOMACH PROBLEMS	☐	
14	ANY OTHER HEALTH CONCERN NOT LISTED:	☐	

IS THERE ANYTHING ELSE WE SHOULD KNOW?

PARENT/GUARDIAN REQUIRED SIGNATURE

Please check one: ☒ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Student (if 18 or older)



Print Name

Signature

Date

REV 09/2024



INITIATION OF SERVICES

PART I: CLIENT - PROVIDER RELATIONSHIP CONSENT

Client Name:

Name of Agency: FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH - PINELLAS COUNTY

Agency Address: 205 DR. MARTIN LUTHER KING JR. ST. N., ST. PETERSBURG, FL 33701

I consent to entering into a client-provider relationship. I authorize Department of Health staff and their representatives to render routine health care. I understand routine health care is confidential and voluntary and may involve medical visits including obtaining medical history, assessment, examination, administration of medication, laboratory tests and/or minor procedures. I may discontinue this relationship at any time.

NA By initialing this line, I acknowledge that I have been provided with a Telehealth Informed Consent Informational Sheet and that I consent to the provision of some services to be provided by means of telehealth. I may withdraw my consent at any time by discontinuing the use of telehealth services without affecting my right to future care or treatment.

PART II: DISCLOSURE OF INFORMATION CONSENT (treatment, payment or healthcare operations purposes only)

I consent to the use and disclosure of my health information; including medical, dental, HIV/AIDS, STD, TB, substance abuse prevention, psychiatric/psychological, and case management; for treatment, payment and health care operations. Additionally, I consent to my health information being shared in the Health Information Exchange (HIE), allowing access by participating doctors' offices, hospitals, care coordinators, labs, radiology centers, and other health care providers through secure, electronic means. If you choose not to share your information in the HIE, you may opt out by requesting and signing an HIE Opt-Out form.

PART III: MEDICARE PATIENT CERTIFICATION, AUTHORIZATION TO RELEASE, AND PAYMENT REQUEST (Only applies to Medicare Clients)

As Client/Representative signed below, I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I authorize the above agency to release my health information to the Social Security Administration or its intermediaries/carriers for this or a related Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign the benefits payable for physician's services to the above-named agency and authorize it to submit a claim to Medicare for payment.

PART IV: ASSIGNMENT OF BENEFITS (Only applies to Third Party Payers)

As Client /Representative signed below, I assign to the above-named agency all benefits provided under any health care plan or medical expense policy. The amount of such benefits shall not exceed the medical charges set forth by the approved fee schedule. All payments under this paragraph are to be made to above agency. I am personally responsible for charges not covered by this assignment.

PART V: COLLECTION, USE OR RELEASE OF SOCIAL SECURITY NUMBER (This notice is provided pursuant to Section 119.071(5)(a), Florida Statutes.)

For health care programs, the Florida Department of Health may collect your social security number for identification and billing purposes, as authorized by subsections 119.071(5)(a)2.a. and 119.071(5)(a)6., Florida Statutes. By signing below, I consent to the collection, use or disclosure of my social security number for identification and billing purposes only. It will not be used for any other purpose. I understand that the collection of social security numbers by the Florida Department of Health is imperative for the performance of duties and responsibilities as prescribed by law.

PART VI: MY SIGNATURE BELOW VERIFIES THE ABOVE INFORMATION AND RECEIPT OF THE NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

Please check one: →

☐ Parent

☐ Legal Guardian

☐ Student (if 18 or older)



Print Name

Signature

Date



OPTIONAL: Witness Signature

Date

PART VII: WITHDRAWAL OF CONSENT (Not a required signature unless you are opting out of services)

Please check one: →

☐ Parent

☐ Legal Guardian

☐ Student (if 18 or older)



Print Name

Signature

Date



Interagency Consent FOR SERVICES AND RELEASE OF INFORMATION

STUDENT INFORMATION

LAST NAME:		DATE OF BIRTH:	
FIRST NAME:		SCHOOL:	☐ Boca Ciega High School
MIDDLE NAME:			☐ Gibbs High School
STREET ADDRESS:			☐ Largo High School
APT/UNIT/LOT:			☐ Northeast High School
CITY:			☐ Pinellas Park High School
ZIP CODE:			☐ OTHER: _____
		PHONE #:	

CHECK THE APPROPRIATE BOX THEN READ AND SIGN THE CONSENT SECTION

- ☐ As the parent/legal guardian of the above-named student, I, consent to the student receiving services from the Florida Department of Health in Pinellas County and Suncoast Center, Inc.
- ☐ I, the above-named adult or legally emancipated student, consent and agree to receive services from the Florida Department of Health in Pinellas County and Suncoast Center, Inc.

The expanded services at the school are funded by the Juvenile Welfare Board (JWB) through local taxes. As part of the funding, the Florida Department of Health in Pinellas and Suncoast Center, Inc. are required to collect additional personally identifiable information on the student for program accountability and quality improvement activities. However, the student will not be denied the basic school health services if you choose not to sign the form.

CONSENT SECTION

I consent to myself or my minor participating in online or paper surveys that will be used for program improvements and enhancements.

I authorize the Florida Department of Health in Pinellas County and Suncoast Center, Inc. to release to and receive from the School Board of Pinellas County medical/education records (the "Records"). I understand that such Records may contain health information pertaining to psychiatric, drug and/or alcohol diagnosis and treatment, HIV/AIDS as well as educational records, immunization records, suspensions/office referral data, attendance data, referrals to student service teams, and written and verbal communication with school staff related to mental health intervention.

I authorize the Florida Department of Health in Pinellas County, Suncoast Center, Inc., and School Board of Pinellas County to release personally identifiable student information, such as student social security number, name, address, date of birth, household number, household living arrangement (parents, single parent, grandparent etc.), and free and reduced lunch information to JWB.

I also authorize the Florida Department of Health in Pinellas County, Suncoast Center, Inc., and School Board of Pinellas County to release protected health information and all information pertaining to treatment received at the school clinic, home or anywhere else where I am receiving treatment from these providers and any and all other medical information in their control to JWB. I further authorize the Florida Department of Health in Pinellas County, Suncoast Center, Inc., and School Board of Pinellas County to release records which may contain health information pertaining to psychiatric, drug and/or alcohol diagnosis and treatment, HIV/AIDS as well as educational records, immunization records, suspensions/office referral data, attendance data, referrals to student service teams, and written and verbal communication with school staff related to mental health intervention to JWB.

I understand that the Records will be released and received for the purpose of treatment, payment/reimbursement, quality improvement and research activities. I understand that any information disclosed, received, or used by JWB based on this consent will not be further disclosed to any other party without my express written consent or as otherwise permitted or required by applicable law. However, the individually identifiable information received by JWB based on this consent may be used by JWB and its agents for research purposes, so long as the research results are reported as a whole in de-identified format, which means that no information that identifies an individual is revealed. Except, JWB will not provide any records covered by CFR Title 42 to any JWB agents.

I understand this consent is in place while the above-named student is enrolled in one of the above-named Pinellas County Schools. This consent will terminate when the above-named student is no longer enrolled in or graduates from one of the above-named Pinellas County Schools, except for the purpose of research and compliance reviews. I understand I have the right to revoke this consent at any time. If I revoke this consent, it must be in writing and be presented to the health clinic at the above-named school. I understand that if I revoke my consent that it will not apply to any information already released and/or used because of my prior consent.

REQUIRED SIGNATURE for RELEASE: I release the School Board of Pinellas County, Florida Department of Health in Pinellas County, Suncoast Center, Inc., and the Juvenile Welfare Board of Pinellas County, their officers, agents, and employees, from liability for the release of information in accordance with this consent.

Please check one: ☒

☐ Parent

☐ Legal Guardian

☐ Student (if 18 or older)



Print Name

Signature

Date

Witness Signature



Notice of Privacy Practices

PLEASE REVIEW THIS DOCUMENT CAREFULLY

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

USES AND DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Protected health information includes demographic, social and behavioral determinants of health (SBDOH), and medical information that concerns the past, present, or future physical or mental health of an individual. Demographic information could include your name, address, telephone number, Social Security number and any other means of identifying you as a specific person. SBDOH may include, but not be limited to, income, food insecurity, socioeconomic status, education level, homeless. Protected health information contains specific information that identifies a person or can be used to identify a person.

Protected health information is health information created or received by a health care provider, health plan, employer, or health care clearinghouse. The Department of Health (Department) can act as each of the above business types. This medical information is used by the Department in many ways while performing normal business activities.

Your protected health information may be used or disclosed by the Department for purposes of treatment, payment, and health care operations. *Health care professionals use medical information in the clinics or hospital to take care of you. Your protected health information may be shared, with or without your consent, with another health care provider for purposes of your treatment. The Department may use or disclose your health information for case management and services. The Department clinic or hospital may send the medical information to insurance companies, Medicaid, or community agencies to pay for the services provided you.*

Your information may be used by certain Department personnel to improve the Department's health care operations. The Department also may send you appointment reminders, information about treatment options or other health-related benefits and services. Some protected health information can be disclosed without your written authorization as allowed by law. Those circumstances include:

- Reporting abuse of children, adults, or disabled persons.
- Investigations related to a missing child.
- Internal investigations and audits by the department's divisions, bureaus, and offices.
- Investigations and audits by the state's Inspector General and Auditor General, and the legislature's Office of Program Policy Analysis and Government Accountability.
- Public health purposes, including vital statistics, disease reporting, public health surveillance, investigations, interventions, and regulation of health professionals*.
- District medical examiner investigations*;
- Research approved by the department.
- Court orders, warrants, or subpoenas*;
- Law enforcement purposes, administrative investigations, and judicial and administrative proceedings.

*A disclosure of reproductive health records by the Department to law enforcement, a judicial or administrative tribunal, medical examiner, or health oversight entity will require an attestation by the requesting individual or entity before such records are released by the Department. The attestation requires acknowledgment of one of the following provisions:

- The purpose of the use or disclosure of protected health information is not to investigate or impose liability on any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care or to identify any person for such purposes; or alternatively,
- The purpose of the use or disclosure of protected health information is to investigate or impose liability on any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care, or to identify any person for such purposes, but the reproductive health care at issue was not lawful under the circumstances in which it was provided.

Other uses and disclosures of your protected health information by the Department will require your written authorization. These uses and disclosures may be for marketing and for research purposes, certain uses and disclosure of psychotherapist notes, and the sale of protected health information resulting in remuneration to the Department. This authorization will have an expiration date that can be revoked by you in writing.

INDIVIDUAL RIGHTS

You have the right to request the Department of Health to restrict the use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment, or health care operations. You may also limit disclosures to individuals involved with your care. The department is not required to agree to any restriction.

You have the right to be assured that your information will be kept confidential. The Department of Health will make contact with you in the manner and at the address or phone number you select. You may be asked to put your request in writing. If you are responsible to pay for services, you may provide an address other than your residence where you can receive mail and where we may contact you.

You have the right to inspect and receive a copy of your protected health information that is maintained by the Department of Health within 30 days of the Department's receipt of your request to obtain a copy of your protected health information. You must complete the Department's Authorization to Disclose Confidential Information form and submit the request to the county health department or Children's Medical Services office. If there are delays in getting you the information, you will be told the reason for the delay and the anticipated date when you will receive your information.

Your inspection of information will be supervised at an appointed time and place. You may be denied access as specified by law.

If you choose to receive a copy of your protected health information, you have the right to receive the information in the form or format you request. If the Department cannot produce it in that form or format, it will give you the information in a readable hard copy form or another form or format that you and the Department agree to.

The Department cannot give you access to psychotherapy notes or certain information being used in a legal proceeding. Records are maintained for specified periods of time in accordance with the law. If your request covers information beyond that time the Department is required to keep the record, the information may no longer be available.

If access is denied, you have the right to request a review by a licensed health care professional who was not involved in the decision to deny access. This licensed health care professional will be designated by the department.

You have the right to correct your protected health information. Your request to correct your protected health information must be in writing and provide a reason to support your requested correction. The Department of Health may deny your request, in whole or part, if it finds the protected health information:

- Was not created by the department.
- Is not protected health information.
- Is by law not available for your inspection.
- Is accurate and complete.

If your correction is accepted, the department will make the correction and tell you and others who need to know about the correction. If your request is denied, you may send a letter detailing the reason you disagree with the decision. The department may respond to your letter in writing. You also may file a complaint, as described below in the section titled Complaints

You have the right to receive a summary of certain disclosures the Department of Health may have made of your protected health information. This summary does not include:

- Disclosures made to you.
- Disclosures to individuals involved with your care.
- Disclosures authorized by you.
- Disclosures made to carry out treatment, payment, and health care operations.
- Disclosures for public health.
- Disclosures to health professional regulatory purposes.
- Disclosures to report abuse of children, adults, or disabled.
- Disclosures prior to April 14, 2003.

This summary does include disclosures made for:

- Purposes of research, other than those you authorized in writing.
- Responses to court orders, subpoenas, or warrants.

You may request a summary for not more than a 6-year period from the date of your request. If you received this Notice of Privacy Practices electronically, you have the right to a paper copy upon request. The Department of Health may mail or call you with health care appointment reminders.

PARTICIPATION IN THE HEALTH INFORMATION EXCHANGE NETWORK

Access to information about your health history, societal and behavioral factors, and medical care is critical to help ensure that you receive high-quality care and gives your health care provider a more complete picture of your overall health. This can help your provider make informed decisions about your care. The information may also prevent you from having repeat tests, saving you time, money, and worry. Recent advancements in technology now support the safe and secure electronic exchange of important clinical information from one health care provider to another through Health Information Exchange (HIE) networks. The Department and its county health departments participate in an HIE network and also participate in several HIE networks with trusted outside health care providers to quickly and securely share your health information electronically among a network of health care providers, including physicians, hospitals, laboratories and pharmacies. Your health information is transmitted securely and only authorized health care providers with a valid reason may access your information. By sharing information electronically through a secure system, the risk that your paper or faxed records may be misused or misplaced is reduced.

Participation in HIE is completely your choice.

Choice 1. YES to HIE participation. If you agree to have your medical information shared through HIE and you have a current Initiation of Services and consent to treatment form on file, you do not need to do anything. By signing the form, you have granted us permission to share your health information to HIE.

Choice 2. NO to HIE. You can choose to not have your information shared electronically through the HIE network ("opt out") at any time, by filling out the "Health Information Exchange Opt-Out" form available at the County Health Department. If you decide to opt-out of HIE, healthcare providers will not be able to access your health information through HIE. You should understand that if you opt out, the health care providers treating you are still permitted to contact us to ask that your health information be shared with them as stated in this Notice. Opting out does not prevent information from being shared between members of your care team. Please note, your opt-out does not affect health information that was disclosed through HIE prior to the time that you opted out.

Choice 3: You can change your mind at any time. You may consent today to the sharing of your information via HIE and change your mind later by following the instructions on the opt-out form described under Choice 2.

Alternatively, you may opt out of HIE today and change your mind later by submitting DOH HIE Reinstatement of Participation Form.

PERSONAL HEALTH RECORDS (PHR) MOBILE APPLICATION SYNCHRONIZATION WITH USER DATA

As part of the services provided by the Department, you can download the companion PHR mobile application to access your personal health records. This application is the mobile version of Florida Health Connect portal.

The purpose of the PHR mobile application is to provide you with access to your health data from your mobile device, from anywhere at any time. You will be able to synchronize your Florida Health Connect account through the mobile application with your personal health data captured on your mobile device (Google Fit or Apple Health) to provide you with a 360 degree view of your health history and current health status. In order to provide you with a complete DH8006-SSG-02-2022 view of your health data and status, you will be provided with the option to synchronize your Florida Health Connect mobile application with the Google Fit or Apple Health application installed on your mobile device.

Your Google Fit or Apple Health data will not be disclosed to any third parties without your express written permission.

DEPARTMENT OF HEALTH DUTIES

The Department is required by law to maintain the privacy of your protected health information. This Notice of Privacy Practices tells you how your protected health information may be used and how the Department keeps your information private and confidential. This notice explains the legal duties and practices relating to your protected health information. The Department has the responsibility to notify you following a breach of your unsecured protected health information.

As part of the Department's legal duties this Notice of Privacy Practices must be given to you. The department is required to follow the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect.

The Department may change the terms of its notice. The change, if made, will be effective for all protected health information that it maintains. New or revised notices of privacy practices will be posted on the Department of Health website at <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> and will be available by email and at all Department of Health buildings. Also available are additional documents that further explain your rights to inspect and copy and amend your protected health information.

COMPLAINTS

If you believe your privacy health rights have been violated, you may file a complaint with the: Department of Health's Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141 and with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ telephone 202-619-0257 or toll free 877-696-6775.

The complaint must be in writing, describe the acts or omissions that you believe violate your privacy rights, and be filed within 180 days of when you knew or should have known that the act or omission occurred. The Department of Health will not retaliate against you for filing a complaint.

FOR FURTHER INFORMATION

Requests for further information about the matters covered by this notice may be directed to the person who gave you the notice, to the director or administrator of the Department of Health facility where you received the notice, or to the Department of Health's Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141.

EFFECTIVE DATE

This Notice of Privacy Practices is effective beginning February 25, 2025, and shall be in effect until a new Notice of Privacy Practices is approved and posted.

REFERENCES

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Parts 160 through 164. Federal Register 65, no. 250 (December 28, 2000). "Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Part 160 through 164. Federal Register, Volume 67 (August 14, 2002). HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules, 78 Fed. Reg. 5566 (Jan. 25, 2013). 45 CFR Parts 160 and 164 RIN 0945-AA20, April 26, 2024.

THIS IS YOUR COPY TO KEEP

Estimado padre/tutor legal:

La escuela secundaria de su hijo forma parte de un programa especial que brinda servicios de atención médica adicionales en la clínica de la escuela. Esto incluye el tratamiento de enfermedades y lesiones menores, la realización de análisis de laboratorio, el control de enfermedades crónicas y la prestación de atención preventiva, como exámenes físicos y vacunas, todo **SIN COSTO** para usted.

Para asegurarse de que su hijo pueda acceder a estos servicios, complete y devuelva los formularios de consentimiento adjuntos a la clínica escolar. Esto se suma a los formularios anuales en línea del distrito escolar. Con su consentimiento, su hijo podrá recibir servicios de atención médica adicionales de nuestro proveedor médico, junto con primeros auxilios básicos y atención de emergencia.

-  **Consentimiento para servicios de clínicas de salud en escuelas**
Complete todo el formulario y firme el consentimiento.
Si su estudiante tiene Medicaid, marque la casilla "Sí" y firme.
-  **Historial de salud del Estudiante**
Complete todo el formulario y firme.
-  **Iniciación de Servicios**
Completar y firmar el consentimiento.
-  **Consentimiento Interinstitucional Para Servicios y Autorización de Información**
Completar y firmar el consentimiento.
- Aviso de Prácticas de Privacidad**
Guárdelo para sus registros.

Si tiene alguna pregunta sobre estos formularios o servicios, comuníquese con la clínica de la escuela de su hijo:

Clínica de la escuela secundaria Boca Ciega: (727) 893-2780 ext. 2026
Clínica de la escuela secundaria Gibbs: (727) 893-5452 ext. 2026
Clínica de la escuela secundaria Largo: (727) 588-3758 ext. 2026
Clínica de la escuela secundaria Northeast: (727) 570-3138 ext. 2325
Clínica de la escuela secundaria Pinellas Park: (727) 538-7410 ext. 2026

Estos servicios ampliados son financiados por la Junta de Bienestar Juvenil (JWB) a través de impuestos locales. Como parte de la financiación, el Departamento de Salud de Florida en el condado de Pinellas debe recopilar información de identificación personal sobre los estudiantes para la rendición de cuentas del programa y las actividades de mejora de la calidad.

El Programa de Clínicas de Salud Escolares es una asociación entre el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, JWB, la Junta Escolar del Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y las administraciones de las escuelas secundarias Boca Ciega, Gibbs, Largo, Northeast y Pinellas Park.

La misión del Programa de Servicios de Salud en las Escuelas es
evaluar, proteger y promover la salud de los niños y adolescentes, ayudando a garantizar que estén sanos en el aula y listos para aprender.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en <https://tinyurl.com/SchoolBasedClinics>.

Paquete de consentimiento para la clínica de salud escolar de septiembre de 2024



Consentimiento para servicios de clínicas de salud Enescuelas DEPARTAMENTO DE SALUD DE FLORIDA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO:

FECHA DE
NACIMIENTO:

NOMBRE:

ESCUELA:

SEGUNDO

NOMBRE:

GRADO:

SEGURO

SOCIAL:

SERVICIOS DISPONIBLES PARA ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SIN COSTO

Por favor marque cualquier servicio que NO PODEMOS proporcionar a su hijo.

☐ Exámenes físicos
escolares y deportivos

☐ Atención de enfermedades y
lesiones menores

☐ Pruebas de laboratorio
(cultivos de orina, garganta)

☐ Asesoramiento social,
emocional y de salud mental

☐ Vacunas

☐ Administrar medicamentos de venta libre
(Tylenol, Ibuprofeno, Tums)

ACUERDO DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES

Por favor lea atentamente y firme:

Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente reciba servicios en la Clínica Escolar del Departamento de Salud de Florida. Todos los servicios enumerados anteriormente que no se hayan marcado estarán disponibles para mi hijo. Además, comprendo que todos los servicios autorizados por mí estarán disponibles sin costo alguno.

Por favor marque una: →

☐ Padre

☐ Guardian legal

☐ Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO DE COBERTURA DE MEDICAID

¿Su hijo está cubierto por Medicaid? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es Sí, continúe. Si la respuesta es No, omita el resto de esta sección)

CONSENTIMIENTO DEL ESTADO DE FLORIDA PARA FACTURAR MEDICAID

Los servicios clínicos en las escuelas son gratuitos, pero el Departamento de Salud de Florida recibe financiación parcial mediante la facturación a Medicaid para los estudiantes con cobertura. Si su hijo tiene Medicaid, firme a continuación.

Por la presente, asigno al Departamento de Salud de Florida todos los beneficios provistos bajo el plan de atención médica de Medicaid. El monto de dichos beneficios no excederá los cargos médicos establecidos por la Junta de Comisionados del Condado de Pinellas. Todos los pagos según este párrafo deben realizarse al Departamento de Salud de Florida. Además, autorizo al Departamento de Salud de Florida en 205 Dr. M. L. King Jr. Street North, St. Petersburg, FL 33701 y a cualquier médico o proveedor de atención médica que examine o trate a mi hijo a divulgar a terceros cualquier información médica, psiquiátrica/psicológica, sobre abuso de alcohol/drogas, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, SIDA, VIH, abuso o gestión de casos, incluida la información recibida de otros proveedores de atención médica, sobre diagnóstico y tratamiento para su uso en la determinación de un reclamo por dicho diagnóstico o tratamiento. Esto puede incluir toda la información relacionada con el pago.

Por favor marque una: →

☐ Padre

☐ Guardian legal

☐ Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOLO PARA FINES DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Organización del hogar (seleccione una):

☐ Madre soltera: Madre cabeza de familia

☐ Padre soltero: Padre cabeza de familia

☐ Ambos Padres Casados

☐ Ambos Padres: No Casados

Otro: _____

Etnicidad:

☐ Hispano

☐ No hispano

País natal:

Raza:

Idioma principal hablado:

Número de niños en el hogar: _____

Número de adultos en el hogar: _____

Ingresos del hogar (antes de impuestos):

\$ _____

POR FAVOR, VERIFIQUE DOS VECES LAS FIRMAS REQUERIDAS. ¡GRACIAS!

REV 09/2024



Historial de salud del Estudiante

CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO:		FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	
NOMBRE:		SEXO:	☐ MASCULINO ☐ FEMENINO		
SEGUNDO NOMBRE:		MELLIZO:	☐ SI ☐ NO		

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

¿Su hijo tiene alergia a algún medicamento, alimento o ambiente? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, ¿su hijo tiene un EpiPen? ☐ SÍ ☐ NO	En caso afirmativo, enumere todos los alérgenos y reacciones:
¿Su hijo toma medicamentos diariamente o según sea necesario? ☐ SÍ ☐ NO	En caso afirmativo, indique el medicamento, la dosis y el motivo de la medicación:

¿TIENE SU HIJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?

		SÍ ☒	SI ES ASÍ, POR FAVOR PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN:
1	TDAH	☐	
2	ASMA	☐	
3	ESPECTRO AUTISTA	☐	
4	DIABETES TIPO 1	☐	
5	DIABETES TIPO 2	☐	
6	DESMAYOS	☐	
7	DOLORES DE CABEZA O MIGRAÑAS	☐	
8	CARDIOPATÍA	☐	
9	PROBLEMAS RENALES O de VEJIGA	☐	
10	CALAMBRES MENSTRUALES SEVEROS or IRREGULARES	☐	
11	CONVULSIONES	☐	
12	DE CELULAS FALCIFORMES	☐	
13	PROBLEMAS DE ESTÓMAGO	☐	
14	CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE SALUD NO ENUMERADO:	☐	

¿HAY ALGO MÁS QUE DEBEMOS SABER?

SE REQUIERE FIRMA DEL GUARDIAN

Por favor marque una:  ☐ Padre ☐ Guardian legal ☐ Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

REV 09/2024



INICIACIÓN DE SERVICIOS

PARTE I: CONSENTIMIENTO DE LA RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del cliente:

Nombre de la agencia: FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH - PINELLAS COUNTY

Dirección de la agencia: 205 DR. MARTIN LUTHER KING JR. ST. N., ST. PETERSBURG, FL 33701 Doy mi consentimiento para entablar una relación cliente-proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud y a sus representantes a brindar atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria y puede implicar visitas médicas que incluyan la obtención de antecedentes médicos, evaluación, examen, administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Puedo terminar esta relación en cualquier momento.

NA Al poner mis iniciales en esta línea, reconozco que se me ha proporcionado una hoja informativa de consentimiento informado para telesalud y que doy mi consentimiento para que se presten algunos servicios por medio de telesalud. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento al interrumpir el uso de los servicios de telesalud sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

PARTE II: CONSENTIMIENTO PARA REVELAR DE INFORMACIÓN (sólo para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica)

Doy mi consentimiento para que se use y divulgue mi información médica, incluida la información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, tuberculosis, prevención del abuso de sustancias, psiquiatría/psicología y gestión de casos, para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Intercambio de Información Médica (HIE), lo que permite el acceso a la misma por parte de los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si decide no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar solicitando y firmando un formulario de exclusión voluntaria del HIE.

PARTE III: CERTIFICACIÓN DE PACIENTE DE MEDICARE, AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO (Solo se aplica a clientes de Medicare)

Como cliente/representante que firma a continuación, certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia antes mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/proveedores para este reclamo o un reclamo relacionado de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico a la agencia antes mencionada y la autorizo a presentar un reclamo a Medicare para el pago.

PARTE IV: CESIÓN DE BENEFICIOS (Solo aplica para Terceros Pagadores)

Como Cliente/Representante que firma a continuación, asigno a la agencia antes mencionada todos los beneficios provistos bajo cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no excederá los cargos médicos establecidos en la tabla de honorarios aprobada. Todos los pagos según este párrafo deben realizarse a la agencia antes mencionada. Soy personalmente responsable de los cargos no cubiertos por esta cesión.

PARTE V: OBSTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (Este aviso se proporciona de conformidad con la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número de seguro social para fines de identificación y facturación, según lo autorizado por las subsecciones 119.071(5)(a)2.a. y 119.071(5)(a)6. de los Estatutos de Florida. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la recopilación, uso o divulgación de mi número de seguro social solo para fines de identificación y facturación. No se utilizará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números de seguro social por parte del Departamento de Salud de Florida es imperativa para el desempeño de los deberes y responsabilidades según lo prescribe la ley.

PARTE VI: MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

Por favor marque una: ☐ Padre ☐ Guardian Legal ☐ Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

PARTE VII: RETIRO DEL CONSENTIMIENTO (No es una firma obligatoria a menos que desee optar por no recibir los servicios)

Por favor marque una: ☐ Padre ☐ Guardian Legal ☐ Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha



Consentimiento interinstitucional para servicios y divulgación de información

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO:		FECHA DE NACIMIENTO:	
NOMBRE:		ESCUELA:	☐ Escuela Secundaria Boca Ciega
SEGUNDO NOMBRE:			☐ Escuela Secundaria Gibbs
DIRECCIÓN CALLE:			☐ Escuela Secundaria Largo
APTO/ UNIDAD/LOTE:			☐ Escuela Secundaria Northeast
CIUDAD:			☐ Escuela Secundaria Pinellas Park
			☐ OTROS:
CÓDIGO POSTAL:		TELÉFONO #:	

MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LUEGO LEA Y FIRME LA SECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

- ☐ Como padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, yo, doy mi consentimiento para que el estudiante reciba servicios del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas y Suncoast Center, Inc.
- ☐ Yo, el adulto o estudiante legalmente emancipado nombrado anteriormente, doy mi consentimiento y acepto recibir servicios del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas y Suncoast Center, Inc.

Los servicios ampliados de la escuela están financiados por la Junta de Bienestar Juvenil (JWB) a través de los impuestos locales. Como parte de la financiación, el Departamento de Salud de Florida en Pinellas y Suncoast Center, Inc. deben recopilar información personal adicional sobre el estudiante para la rendición de cuentas del programa y las actividades de mejora de la calidad. Sin embargo, no se le negarán al estudiante los servicios básicos de salud escolar si decide no firmar el formulario.

SECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que yo o mi menor participemos en encuestas en línea o en papel que se utilizarán para mejorar y optimizar el programa.

Autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas y a Suncoast Center, Inc. a divulgar y recibir de la Junta Escolar del Condado de Pinellas los registros médicos y educativos (los "Registros"). Entiendo que dichos registros pueden contener información de salud relacionada con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, de drogas y/o alcohol, VIH/SIDA, así como registros educativos, registros de vacunación, datos de suspensiones/referencias a la oficina, datos de asistencia, referencias a equipos de servicios estudiantiles y comunicación escrita y verbal con el personal escolar relacionada con la intervención de salud mental.

Autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y la Junta Escolar del Condado de Pinellas a divulgar información de identificación personal del estudiante, como número de seguro social del estudiante, nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de hogar, arreglo de vida del hogar (padres, padre soltero, abuelos, etc.) e información sobre almuerzos gratuitos y reducidos a JWB.

También autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y a la Junta Escolar del Condado de Pinellas a divulgar información médica protegida y toda la información relacionada con el tratamiento recibido en la clínica de la escuela, en mi hogar o en cualquier otro lugar donde esté recibiendo tratamiento de estos proveedores y cualquier otra información médica en su control a JWB. Además, autorizo al Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y a la Junta Escolar del Condado de Pinellas a divulgar registros que puedan contener información médica relacionada con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, de drogas y/o alcohol, VIH/SIDA, así como registros educativos, registros de vacunación, suspensiones/datos de derivación a la oficina, datos de asistencia, derivaciones a equipos de servicio estudiantil y comunicación escrita y verbal con el personal escolar relacionada con la intervención de salud mental a JWB.

Entiendo que los registros se divulgarán y recibirán con el propósito de tratamiento, pago/reembolso, mejora de la calidad y actividades de investigación. Entiendo que cualquier información divulgada, recibida o utilizada por JWB en base a este consentimiento no se divulgará a ninguna otra parte sin mi consentimiento expreso por escrito o según lo permita o requiera la ley aplicable. Sin embargo, la información de identificación individual recibida por JWB en base a este consentimiento puede ser utilizada por JWB y sus agentes para fines de investigación, siempre que los resultados de la investigación se informen en su totalidad en un formato anónimo, lo que significa que no se revela ninguna información que identifique a un individuo. Excepto que JWB no proporcionará ningún registro cubierto por el Título 42 del CFR a ningún agente de JWB.

Entiendo que este consentimiento está vigente mientras el estudiante mencionado anteriormente esté inscrito en una de las escuelas del condado de Pinellas mencionadas anteriormente. Este consentimiento terminará cuando el estudiante mencionado anteriormente ya no esté inscrito o se gradúe de una de las escuelas del condado de Pinellas mencionadas anteriormente, excepto para fines de investigación y revisiones de cumplimiento. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Si revoco este consentimiento, debo hacerlo por escrito y presentarlo en la clínica de salud de la escuela mencionada anteriormente. Entiendo que si revoco mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información ya divulgada y/o utilizada debido a mi consentimiento previo.

FIRMA REQUERIDA PARA LA LIBERACIÓN: Libero a la Junta Escolar del Condado de Pinellas, El Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pinellas, Suncoast Center, Inc. y la Junta de Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas, sus funcionarios, agentes y empleados, están exentos de toda responsabilidad por la divulgación de información de conformidad con este consentimiento.

Por favor marque una: ☐ Padre ☐ Guardian Legal ☐ Estudiante (si tiene 18 años o más)



Nombre impreso

Firma

Fecha

Firma del testigo



Aviso de prácticas de privacidad POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social y cualquier otro medio para identificarlo como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o que puede usarse para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un empleador o un centro de intercambio de información sobre atención médica. El Departamento de Salud puede actuar como cualquiera de los tipos de empresas antes mencionados. El Departamento de Salud utiliza esta información médica de muchas maneras mientras realiza actividades comerciales normales.

El Departamento de Salud puede utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los profesionales de la salud utilizan la información médica en las clínicas u hospitales para atenderlo. Su información médica protegida puede ser compartida, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento de Salud puede utilizar o divulgar su información médica para la gestión de casos y servicios. La clínica u hospital del Departamento de Salud puede enviar la información médica a compañías de seguros, Medicaid o agencias comunitarias para pagar los servicios que se le brindan.

Su información puede ser utilizada por cierto personal del departamento para mejorar las operaciones de atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Cierta información médica protegida puede ser divulgada sin su autorización por escrito según lo permita la ley. Esas circunstancias incluyen:

- Denunciar abusos a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido.
- Investigaciones y auditorías internas realizadas por las divisiones, oficinas y departamentos del departamento.
- Investigaciones y auditorías del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de Políticas de Programas y Responsabilidad Gubernamental de la legislatura.
- Fines de salud pública, incluidas estadísticas vitales, notificación de enfermedades, vigilancia de la salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de los profesionales de la salud.
- Investigaciones del médico forense del distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes judiciales, órdenes de arresto o citaciones;
- Fines de aplicación de la ley, investigaciones administrativas y procedimientos judiciales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requerirán su autorización por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de marketing e investigación, ciertos usos y divulgaciones de notas de psicoterapeutas y la venta de información médica protegida que resulte en una remuneración para el Departamento de Salud. Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que usted puede revocar por escrito.

DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a que le aseguren que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted seleccione. Es posible que le pidan que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede proporcionar una dirección distinta a su residencia donde pueda recibir correspondencia y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida que se encuentra en poder del Departamento de Salud dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por parte del Departamento. Para obtener una copia de su información médica protegida, debe completar el formulario de Autorización para la divulgación de información confidencial del Departamento y enviar la solicitud al departamento de salud del condado o a la oficina de Servicios médicos para niños. Si hay demoras en obtener su información, se le informará el motivo de la demora y la fecha prevista en la que recibirá su información.

La inspección de su información será supervisada en un momento y lugar determinados. Se le podrá negar el acceso según lo especifique la ley.

Si decide recibir una copia de su información médica protegida, tiene derecho a recibirla en la forma o formato que solicite. Si el Departamento no puede proporcionarla en esa forma o formato, le entregará la información en una copia impresa legible o en otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

El Departamento no puede darle acceso a las notas de psicoterapia ni a cierta información que se esté utilizando en un procedimiento legal. Los registros se conservan durante períodos de tiempo específicos de acuerdo con la ley. Si su solicitud cubre información que excede el período durante el cual el Departamento está obligado a conservar el registro, es posible que la información ya no esté disponible.

Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de la salud autorizado que no haya participado en la decisión de negar el acceso. Este profesional de la salud autorizado será designado por el departamento.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. Su solicitud de corrección de su información médica protegida debe ser por escrito y debe incluir un motivo que respalde la corrección solicitada. El Departamento de Salud puede rechazar su solicitud, total o parcialmente, si encuentra que la información médica protegida:

- No fue creado por el departamento.
- No es información de salud protegida.
- Por ley no está disponible para su inspección.
- Es preciso y completo.

Si se acepta su corrección, el departamento realizará la corrección y se la informará a usted y a otras personas que necesiten saber sobre la corrección. Si se rechaza su solicitud, puede enviar una carta detallando el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. El departamento puede responder a su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe a continuación en la sección titulada Quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud haya hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que se le hicieron a usted.
- Divulgaciones a personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones realizadas para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para la salud pública.
- Divulgaciones a profesionales de la salud con fines regulatorios.
- Divulgaciones para denunciar abusos a niños, adultos o discapacitados.
- Divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.

Este resumen incluye divulgaciones realizadas para:

- Fines de la investigación, distintos a los que usted autorizó por escrito.
- Respuestas a órdenes judiciales, citaciones o garantías.

Puede solicitar un resumen correspondiente a un período no mayor a 6 años a partir de la fecha de su solicitud. Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en forma electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa si lo solicita. El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarlo para recordarle sus citas de atención médica.

PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD

El acceso a la información sobre su historial médico y su atención médica es fundamental para garantizar que reciba una atención de alta calidad y para brindarle a su proveedor de atención médica un panorama más completo de su salud general. Esto puede ayudar a su proveedor a tomar mejores decisiones sobre su atención. La información DH8006-SSG-02-2022 también puede evitar que se le repitan las pruebas, lo que le ahorrará tiempo, dinero y preocupaciones. Los avances recientes en tecnología ahora respaldan el intercambio electrónico seguro de información clínica importante de un proveedor de atención médica a otro a través de redes de intercambio de información médica (HIE). El Departamento de Salud y sus Departamentos de Salud del Condado participan en una red HIE y participan en varias redes HIE con proveedores de atención médica externos confiables que tienen sistemas de registros médicos electrónicos. HIE permite que sus proveedores de atención médica compartan su información médica de manera electrónica de manera rápida y segura entre una red de proveedores de atención médica, incluidos médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Su información médica se transmite de manera segura y solo los proveedores de atención médica autorizados con una razón válida pueden acceder a su información. Al compartir información electrónicamente a través de un sistema seguro, se reduce el riesgo de que sus registros en papel o enviados por fax se utilicen incorrectamente o se extravíen.

La participación en HIE es completamente tu elección.

Opción 1. SÍ a la participación en HIE. Si acepta que su información médica se comparta a través de HIE y tiene un formulario de inicio de servicios y consentimiento para el tratamiento vigente en su expediente, no necesita hacer nada. Al firmar el formulario, nos ha otorgado permiso para compartir su información médica con HIE.

Opción 2. NO a HIE. Puede optar por no compartir su información electrónicamente a través de la red HIE ("opt out") en cualquier momento, completando el formulario "Health Information Exchange Opt-Out" disponible en el Departamento de Salud del Condado. Si decide optar por no participar en HIE, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información médica a través de HIE. Debe comprender que si opta por no participar, los proveedores de atención médica que lo tratan aún tienen permitido comunicarse con nosotros para solicitar que compartamos su información médica con ellos según lo establecido en este Aviso. Optar por no participar no impide que se comparta información entre los miembros de su equipo de atención. Tenga en cuenta que su opción de no participar no afecta la información médica que se divulga a través de HIE antes del momento en que optó por no participar.

Opción 3: Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Puede dar su consentimiento hoy para que compartamos su información a través de HIE y cambiar de opinión más tarde siguiendo las instrucciones del formulario de cancelación descritas en la Opción 2.

Alternativamente, puede optar por no participar en HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el Formulario de restablecimiento de participación en HIE del DOH.

APLICACIÓN MÓVIL SINCRONIZACIÓN DE HISTORIAL CLÍNICO PERSONAL (PHR) CON DATOS DEL USUARIO

Como parte de los servicios que brinda el Departamento de Salud, puede descargar la aplicación móvil complementaria PHR para acceder a sus registros médicos personales. Esta aplicación es la versión móvil del portal Florida Health Connect.

El propósito de la aplicación móvil PHR es brindarle acceso a sus datos de salud desde su dispositivo móvil, desde cualquier lugar y en cualquier momento. Podrá sincronizar su cuenta de Florida Health Connect a través de la aplicación móvil con sus datos de salud personales capturados en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para brindarle una vista de 360 grados de su historial de salud y estado de salud actual. Para brindarle una vista completa de sus datos y estado de salud, se le brindará la opción de sincronizar su aplicación móvil Florida Health Connect con la aplicación Google Fit o Apple Health instalada en su dispositivo móvil.

Sus datos de Google Fit o Apple Health no se revelarán a terceros sin su permiso expreso por escrito.

FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad le informa cómo se puede utilizar su información médica protegida y cómo el departamento mantiene su información privada y confidencial. Este aviso explica las obligaciones y prácticas legales relacionadas con su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de notificarle en caso de una violación de su información médica protegida no segura.

Como parte de las obligaciones legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de su aviso. El cambio, si se realiza, será efectivo para toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos nuevos o revisados sobre las prácticas de privacidad se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud. También hay disponibles documentos adicionales que explican con más detalle sus derechos a inspeccionar, copiar y modificar su información médica protegida.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y salud, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o sin cargo 877-696-6775.

La queja debe presentarse por escrito, describir los actos u omisiones que usted considera violan sus derechos de privacidad y presentarse dentro de los 180 días a partir de cuando usted supo o debió haber sabido que se produjo el acto u omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Las solicitudes de información adicional sobre los asuntos cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador del centro del Departamento de Salud donde recibió el aviso, o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 21 de febrero de 2022 y permanecerá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

"Estándares para la privacidad de la información de salud que permite la identificación individual; regla final". 45 CFR Partes 160 a 164. Registro Federal 65, n.º 250 (28 de diciembre de 2000). "Estándares para la privacidad de la información de salud que permite la identificación individual; regla final". 45 CFR Partes 160 a 164. Registro Federal, Volumen 67 (14 de agosto de 2002). HHS, Modificaciones a las reglas de privacidad, seguridad, cumplimiento y notificación de infracciones de la HIPAA conforme a la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica y la Ley de Información Genética y No Discriminación; Otras modificaciones a las reglas de la HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero de 2013).

ESTA ES TU COPIA PARA QUE LA CONSERVES