Community Health Center, Inc. ¡está en tu escuela!

Servicios proporcionados dentro de la escuela

Teleasistencia disponible para algunos servicios

Salud conductual:

- **Intervención en casos de crisis**
- **Orientación individual**
- **Orientación grupal**
- **Orientación familiar**
- **Referidos**

Salud bucal:

- **Pruebas de detección**
- **Exámenes**
- **Limpiezas**
- **Radiografías**
- **Selladores**
- **Educación para la salud bucal**
- **Atención de restauración**

Las siguientes tarifas/los siguientes cargos se aplican al Programa Dental Móvil de Community Health Center, Inc.:

- En el caso de los pacientes inscritos en HUSKY/Medicaid, los servicios están cubiertos en un 100 %, sin tarifas ni cargos adicionales.
- En el caso de los pacientes que tienen un seguro dental privado, los servicios se facturan al seguro. El paciente/la familia es responsable de cualquier deducible y/o copag.
- Las siguientes son las tarifas para los pacientes que no tienen seguro dental:
  - **$30 por visita de higiene dental (limpieza, radiografías, tratamiento con fluoruro)**
  - **$18 por visita para un examen hecho por el dentista**
  - **$25 por visita para selladores**

Community Health Center, Inc.
SBHC
School-Based Health Care

Conserve esta hoja para sus registros.

***¿Preguntas o inquietudes?* Llame al 860-852-0871 o 203-639-3765**

Deje un mensaje y un miembro del personal de atención médica de la escuela le devolverá la llamada.

También puede inscribirse en línea a **www.sbhc1.com** o envíenos un correo electrónico a **SBHCinfo@chc1.com**.

Formulario de inscripción en salud dental y conductual

SBHC School-Based Health Care

860-852-0871 o 203-639-3765

Community Health Center, Inc.

Autorizo que yo /mi hijo(a) obtengamos SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL /ORIENTACIÓN mientras está inscrito en una escuela atendida por CHC o hasta que revoque el permiso. ❑ SÍ ❑ NO

- Se facturará a todos los seguros en el momento de la visita. No hay pagos de su bolsillo ni copagos asociados a los servicios que se prestan en la escuela.

Autorizo que yo/mi hijo(a) obtengamos SERVICIOS DENTALES MÓVILES EN EL LUGAR mientras está inscrito en una escuela atendida por CHC o hasta que revoque el permiso. ❑ SÍ ❑ NO

En el caso de los pacientes inscritos en HUSKY/Medicaid, los servicios están cubiertos en un 100 %, sin tarifas ni cargos adicionales.
En el caso de los pacientes que tienen un seguro dental privado, los servicios se facturan al seguro. El paciente/la familia es responsable de cualquier deducible y/o copa.
Las siguientes son las tarifas para los pacientes que no tienen seguro dental:

- **$30 por visita de higiene dental (limpieza, radiografías, tratamiento con fluoruro); $18 por visita para un examen hecho por el dentista; $25 por visita para selladores**

RIESGOS: Aunque son infrecuentes, se conocen algunos riesgos y complicaciones asociados a los procedimientos dentales. El más frecuente incluye la mordedura y lesiones de lengua o labios después de la administración de anestesia local y dolor alrededor de la zona tratada. Los riesgos adicionales son infecciones e hinchazón.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información médica proporcionada es correcta, y que la información incorrecta puede ser peligrosa para la salud del estudiante/paciente. Comunicaré a CHC cualquier cambio en mi información médica. ❑ SÍ ❑ NO

He recibido una copia de la Política de Derechos y Responsabilidades del CHC. ❑ SÍ ❑ NO

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO: ❑ SÍ ❑ NO

Autorizo la divulgación de toda clase de información sobre la salud conductual, dental o médica necesaria para procesar mi reclamación. También autorizo el pago de los beneficios médicos a Community Health Center, Inc. por los servicios prestados.

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: ❑ SÍ ❑ NO

Entiendo que la información sobre cómo CHC usará y divulgará mi información se puede encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC y he recibido una copia. Además de los usos y divulgaciones detallados en el Aviso de prácticas de privacidad, acepto permitir que CHC envíe mensajes de texto a mi hijo (solo para fines de programación) o a mí si se enumeran los números de teléfono celular a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y EDUCACIÓN: ❑ SÍ ❑ NO

Por la presente autorizo a CHC a intercambiar registros de salud y educación con el distrito escolar de mi hijo con el fin de brindarle atención y tratamiento a mi hijo, si corresponde, y / o intercambiar información sobre exámenes físicos y vacunas requeridos por la ley. Reconozco que los registros de salud si son recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos y Privacidad de la Educación Familiar.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*** Información obligatoria.**

Nombre legal completo: _____ (Primer nombre / Segundo nombre / Apellido) Fecha de nacimiento: _____

Dirección/Apartamento n.°: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Número de seguro social: _____ Grupo étnico (marque una casilla): ❑ Hispano ❑ No hispano

Raza (marque una casilla): ❑ Desconocida ❑ Indio americano ❑ Islas del Pacífico ❑ Nativo de Alaska ❑ Negra ❑ Asiática ❑ Blanca ❑ Otra _____

Idioma principal del paciente: _____ ¿El paciente califica para un almuerzo gratis/con descuento? : ❑ Sí ❑ No

El paciente de la escuela asiste a: _____ Grado: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

*** Seguro médico:** _____ *** N.° de ID de Medicaid:** _____ *** Seguro privado. N.° de ID/Póliza:** _____ *** Número de grupo:** _____

*** Dirección del seguro:** _____ *** Número de teléfono del seguro:** _____ (información en el dorso de la tarjeta)

*** Nombre del titular de la póliza:** _____ *** Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** _____

*** Seguro dental:** _____ *** N.° de ID de Medicaid:** _____ *** Seguro privado. N.° de ID/Póliza:** _____ *** Número de grupo:** _____

*** Dirección del seguro:** _____ *** Número de teléfono del seguro:** _____ (información en el dorso de la tarjeta)

*** Nombre del titular de la póliza:** _____ *** Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/DEL TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

*** Dirección/Apartamento n.°:** (si es diferente de la anterior): _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Acepto que puedan dejarme mensajes en el siguiente número de teléfono: ❑ Teléfono residencial ❑ Teléfono celular ❑ Teléfono del trabajo

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____

Correo electrónico del padre/de la madre/del tutor legal: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (si no es el padre/la madre/el tutor legal)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

*** Firma del padre/de la madre/del tutor legal o del estudiante si tiene más de 18 años** _____

*** Nombre en letra de imprenta:** _____ **Fecha:** _____

Al firmar arriba, entiendo y reconozco que he leído y entiendo este consentimiento y que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC actualmente en vigencia.

Antecedentes médicos del estudiante/paciente *(Para la atención dental, estos antecedentes médicos deberán actualizarse cada cuatro años.)*

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿El paciente tiene algún problema médico?	❑ SÍ ❑ NO	Explique:
¿El paciente toma algún medicamento? (se incluyen los inhaladores)	❑ SÍ ❑ NO	Mencione todos los medicamentos:
¿El paciente ha tenido alguna lesión grave?	❑ SÍ ❑ NO	Explique:
¿El paciente tiene algún defecto congénito o antecedentes de algún problema cardíaco o cirugía?	❑ SÍ ❑ NO	Explique:
¿Alguna vez el paciente ha pasado una noche en el hospital?	❑ SÍ ❑ NO	Explique:
¿El paciente se ha sometido a alguna cirugía en el pasado?	❑ SÍ ❑ NO	Explique:
¿El paciente ha tenido colocado algún shunt (derivación) o tiene un catéter permanente?	❑ SÍ ❑ NO	Explique:
¿La paciente es o fue madre adolescente?	❑ SÍ ❑ NO	
¿La paciente está embarazada o posiblemente embarazada?	❑ SÍ ❑ NO	Fecha probable de parto:
¿La paciente está amamantando actualmente?	❑ SÍ ❑ NO	
¿Es necesaria la administración de antibióticos antes de los procedimientos dentales?	❑ SÍ ❑ NO	Explique:
¿El paciente fuma o masca tabaco?	❑ SÍ ❑ NO	

¿El paciente tiene o tuvo alguno de estos PROBLEMAS?

Anemia/trastornos de la sangre	❑ SÍ ❑ NO	Neumonía	❑ SÍ ❑ NO
Asma	❑ SÍ ❑ NO	Problemas de alimentación	❑ SÍ ❑ NO
Autismo	❑ SÍ ❑ NO	Problemas de aprendizaje/desarrollo	❑ SÍ ❑ NO
Cáncer/leucemia	❑ SÍ ❑ NO	Sobrepeso/obesidad	❑ SÍ ❑ NO
Convulsiones	❑ SÍ ❑ NO	Tuberculosis	❑ SÍ ❑ NO
Diabetes	❑ SÍ ❑ NO	Úlcera/problemas digestivos	❑ SÍ ❑ NO
Dolores de cabeza/migrañas	❑ SÍ ❑ NO	Varicela	❑ SÍ ❑ NO
Enfermedad de la tiroides	❑ SÍ ❑ NO	¿Algún problema de salud mental?	❑ SÍ ❑ NO
Enfermedad endócrina/glandular/autoinmunitaria	❑ SÍ ❑ NO	¿Algún defecto congénito (de cerebro, corazón, pulmones, espina bífida, etc.)?	❑ SÍ ❑ NO
Escoliosis	❑ SÍ ❑ NO	¿Algún problema con la dentadura?	❑ SÍ ❑ NO
Fiebre reumática, enfermedad cardíaca, soplo	❑ SÍ ❑ NO	¿Algún dolor de muela?	❑ SÍ ❑ NO
Hepatitis o problemas hepáticos	❑ SÍ ❑ NO	¿Sangrado al cepillarse o usar hilo dental?	❑ SÍ ❑ NO
Infecciones de la vejiga o del riñón	❑ SÍ ❑ NO	¿Se le hizo una limpieza dental en los últimos 6 meses?	❑ SÍ ❑ NO
Mononucleosis	❑ SÍ ❑ NO	Otros:	❑ SÍ ❑ NO

ALERGIAS

Algún alimento (incluir intolerancia a la lactosa)	❑ SÍ ❑ NO	Comentario:
Medicamentos (incluidos los de venta sin receta o antibióticos; penicilina o amoxicilina)	❑ SÍ ❑ NO	Comentario:
Anestesia local (incluida la lidocaína) o látex	❑ SÍ ❑ NO	Comentario:
¿El paciente tiene un EpiPen en la escuela?	❑ SÍ ❑ NO	Comentario:
Otros:		Comentario:

SALUD CONDUCTUAL Responda SOLO si el paciente necesita servicios de salud conductual

¿Desearía inscribir al paciente en los servicios de salud conductual? ❑ SÍ ❑ NO

¿El paciente ha recibido alguna vez servicios de orientación? ❑ SÍ ❑ NO Si la respuesta es sí ¿cuándo y con quién?

El paciente ¿ha experimentado alguna vez algo de lo siguiente?:

Cambios en la familia	❑ SÍ ❑ NO	Problemas relacionados con la ira	❑ SÍ ❑ NO
Problemas en la escuela	❑ SÍ ❑ NO	Problemas de atención	❑ SÍ ❑ NO
Presiones sociales/de los compañeros	❑ SÍ ❑ NO	Tristeza y/o cambios de humor	❑ SÍ ❑ NO
Ansiedad	❑ SÍ ❑ NO	Ausentismo/evasión escolar	❑ SÍ ❑ NO
Problemas de aprendizaje	❑ SÍ ❑ NO	Pérdida reciente	❑ SÍ ❑ NO

Si respondió "Sí" a cualquiera de los puntos anteriores, escriba un comentario:

Community Health Center, Inc.

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ MANERA PODRÁ UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA ATENTAMENTE.

The Community Health Center, Inc. (CHCI) respeta la privacidad y confidencialidad de su información médica. Esta Notificación sobre prácticas de privacidad ("Notificación") describe de qué manera podremos utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted acceder a esta información. Esta Notificación corresponde a los usos y divulgaciones que podremos hacer de toda su información médica, ya sea que nosotros la creemos o la recibamos.

I. Nuestras responsabilidades hacia usted

La ley nos exige:

1. Mantener la privacidad de su información médica e informarle cuáles son nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad.
2. Cumplir con los términos de nuestra actual Notificación.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer efectivas las nuevas disposiciones con respecto a toda la información médica de que dispongamos. Si hiciéramos cambios sustanciales, las notificaciones revisadas se publicarán en las diferentes oficinas de CHCI y estarán disponibles en el sitio web de CHCI. Se podrán obtener copias de las notificaciones revisadas al solicitarlas al funcionario de privacidad de Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut, 06457.

II. De qué manera el Community Health Center, Inc. podrá usar o divulgar su información médica

A. Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

1. ***Para tratamientos.*** CHCI podrá usar y divulgar su información médica para brindarle tratamiento y servicios y para coordinar la continuación de su atención. Su información médica podrá ser utilizada por médicos, asesores, odontólogos y enfermeras, como así también por técnicos de laboratorio, dietistas, especialistas u otros involucrados en su atención, tanto dentro como fuera de CHCI. Por ejemplo, un farmacéutico necesitará cierta información para suministrar un medicamento recetado por su médico.
2. ***Para pagos.*** CHCI podrá usar y divulgar su información médica a otros para fines de recepción de pagos por tratamientos y servicios que usted reciba. Por ejemplo, se podrá enviar una factura a usted o a un tercero responsable del pago, como una compañía aseguradora o un plan médico. La información en la factura podrá contener información que lo identifique, que identifique su diagnóstico y tratamiento, o los insumos utilizados en el transcurso del tratamiento.
3. ***Para operaciones de atención médica.*** CHCI podrá usar y divulgar su información médica para fines operativos. Por ejemplo, su información médica podrá divulgarse a los integrantes del personal médico, al personal de riesgo o mejora de calidad, y a otros para:
   - evaluar el desempeño de nuestro personal;
   - evaluar la calidad de atención y los resultados en su caso y en casos similares;
   - saber cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios; y
   - determinar de qué manera mejorar de manera continua la calidad y eficacia de la atención médica que brindamos.

B. Otros usos y divulgaciones que podremos hacer sin su autorización por escrito

1. ***Mensajes de atención médica.*** CHCI puede usar su información para llamar, enviar un correo electrónico (si proporcionó una dirección de correo electrónico), enviar un mensaje de texto (si proporcionó un número de teléfono celular), enviar cartas o postales por correo postal o enviarle información a su portal del paciente para proporcionarle recordatorios de citas, recordatorios de vacunación contra la gripe u otros mensajes sobre su atención médica. Puede solicitar que CHCI no use uno o más de esos métodos para enviar recordatorios u otros mensajes de atención médica.
2. ***Obligación legal.*** CHCI podrá utilizar y divulgar su información según lo exija la ley.
3. ***Personas relacionadas con su atención o con el pago de su atención.*** Podremos divulgar información médica suya a un miembro de su familia, amigo cercano u otra persona con la cual usted nos haya autorizado a compartir información suya. Estas divulgaciones se limitan a información pertinente a fin de que dicha persona participe en su atención o para organizar el pago de su atención, y solo se harán a aquellos con los cuales usted nos haya autorizado a comunicarnos sobre asuntos suyos.
4. ***Actividades de salud pública.*** Podremos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Estas actividades podrán incluir, por ejemplo: 1) prevenir y controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; 2) informar problemas relacionados

con medicamentos; e 3) informar vacunas al registro del Sistema de Registro y Seguimiento de Vacunación de Connecticut (CIRTS, por sus siglas en inglés).

5. ***Informar sobre víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.*** Si creemos que usted ha sido víctima de abuso o abandono, podremos divulgar su información médica para informar a una autoridad gubernamental.

6. ***Actividades de supervisión de la salud.*** Podremos divulgar su información médica a un organismo de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Un organismo de supervisión de la salud es un ente estatal o federal que supervisa el sistema de atención médica. Algunas de las actividades pueden incluir, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones.

7. ***Procedimientos judiciales y administrativos.*** Podremos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos divulgar información en respuesta a una citación judicial, a un pedido extrajudicial de presentación de pruebas u otros procesos judiciales.

8. ***Aplicación de la ley.*** Podremos divulgar información médica sobre usted para ciertos fines de aplicación de la ley, que incluyen, por ejemplo, presentar informes exigidos por la ley o informar emergencias o muertes sospechosas; cumplir con una orden judicial, una orden de arresto u otro proceso legal; identificar o localizar a un sospechoso o a una persona desaparecida, o responder ciertas solicitudes de información con respecto a delitos.

9. ***Forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y organizaciones de obtención de órganos.*** Podremos divulgar información médica sobre usted a un forense, a un examinador médico, al director de una funeraria y, si usted es donante de órganos, a una organización relacionada con la donación de órganos y tejidos.

10. ***Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.*** Cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad del público o de otra persona, podremos usar o divulgar información médica sobre usted a alguien que pueda ayudar a disminuir o evitar la amenaza de daños.

11. ***Militares y veteranos.*** Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podremos usar y divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares.

12. ***Actividades de seguridad e inteligencia nacional; servicios de protección para el presidente y otros.*** Podremos divulgar información médica a funcionarios del gobierno federal autorizados que llevan a cabo actividades de seguridad e inteligencia nacional, o según sea necesario para brindar protección al presidente de los Estados Unidos de América, otras personas determinadas o jefes de estado extranjeros o para implementar ciertas investigaciones especiales.

13. ***Presos/custodia policial.*** Si usted está preso en una institución correccional o bajo custodia policial, podremos divulgar información médica sobre usted a la institución o al funcionario para ciertos fines que incluyen tanto su propia salud y seguridad como las de otras personas.

14. ***Indemnización por accidente laboral.*** Podremos usar o divulgar la información sobre su salud para cumplir con las leyes relativas a la indemnización por accidentes laborales y otros programas similares.

15. ***Asistencia en casos de catástrofe.*** Podremos divulgar información médica sobre usted a una organización que preste asistencia en casos de catástrofes.

16. ***Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud.*** Podremos usar o divulgar información médica sobre usted para informarle acerca de alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud que podrán resultarle de interés.

17. ***Socios comerciales.*** Podremos divulgar información médica sobre usted a nuestros socios comerciales en virtud de Acuerdos de Socios Comerciales.

18. ***Investigación.*** CHCI podrá utilizar información médica sobre usted para fines de investigación cuando una junta de revisión institucional o una junta sobre privacidad hayan revisado los protocolos establecidos de la propuesta de investigación y hayan aprobado la investigación para garantizar la privacidad de su información médica.

19. ***Intercambio de información médica.*** CHCI utiliza un intercambio electrónico de información médica que le permite intercambiar información clínica con otros médicos, enfermeras, hospitales y centros de atención médica. Este programa ayuda a brindar la mejor atención posible al permitir que los proveedores externos a CHCI accedan a su información clínica. Ello incluye su información médica actual y pasada, salud conductual y antecedentes odontológicos de CHCI. Los proveedores de atención médica y el personal autorizado que participan en el intercambio electrónico de información médica podrán tener acceso a su información médica de manera más eficaz y exacta. Si no desea estar inscripto en el intercambio electrónico de información médica, solicite un formulario de renuncia.

C. Para todos los demás usos o divulgaciones de su información médica, se requiere su autorización por escrito.

1. Obtendremos su autorización por escrito (una "Autorización") antes de hacer cualquier uso o divulgación que no se incluya en las descriptas precedentemente. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (de conformidad con el título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), §164.501) y de la información médica protegida que se hacen con fines comerciales o las divulgaciones que constituyen una venta de información protegida requieren su Autorización por escrito.

2. La Autorización por escrito está destinada a informarle el uso específico o divulgación (distinto de los descriptos precedentemente) que planeamos hacer con su información médica. La Autorización describe la información médica particular que se va a utilizar o divulgar y el propósito del uso o divulgación. Cuando corresponda, la Autorización por escrito también especificará el nombre de la persona a la que se le está revelando la información. La Autorización también contendrá una fecha o acontecimiento de vencimiento.

3. Usted podrá revocar una Autorización por escrito otorgada previamente por usted en cualquier momento; no obstante, debe hacerlo por escrito. Si revoca su Autorización, ya no podremos usar o divulgar su información médica para esos fines especificados en la Autorización, excepto en los casos en que ya se hayan llevado a cabo acciones de acuerdo con su Autorización.

D. Sus derechos con respecto a su información médica

1. ***Derecho a solicitar restricciones.*** Tiene derecho a solicitarnos restricciones en la manera en que usamos o divulgamos información médica sobre usted con respecto a operaciones de tratamientos, pagos o atención médica. No obstante, no tenemos obligación de aceptar las restricciones, excepto en circunstancias limitadas. Por ejemplo, debemos aceptar su solicitud de restringir divulgaciones sobre usted a su plan médico para fines de pagos u operaciones de atención médica que no exija la ley, si la información corresponde exclusivamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted nos ha pagado completamente de su propio bolsillo. Si aceptamos una restricción, la respetaremos, excepto en caso de una emergencia.

2. ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.*** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con temas de salud de una manera determinada o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo a través de cierto número de teléfono. Nos adaptaremos a sus solicitudes razonables.

3. ***Derecho a tener acceso a la información médica personal.*** Tiene derecho a inspeccionar y, previa solicitud por escrito, a recibir una copia de su información médica.

4. ***Derecho a solicitar una modificación.*** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito y establecer el(los) motivo(s) de la modificación solicitada. En determinadas circunstancias, podremos rechazar su solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud de modificación, se lo notificaremos por escrito y le comunicaremos las razones. Tiene derecho a enviar una declaración por escrito en la que manifieste su desacuerdo con nuestro rechazo, la cual se incluirá en su registro médico.

5. ***Derecho a una rendición de cuentas de las divulgaciones.*** Tiene derecho a solicitar una "rendición de cuentas" de determinadas divulgaciones de su información médica. Debe enviar su solicitud por escrito y debe establecer el período durante el que desea la rendición de cuentas de las divulgaciones. La rendición de cuentas incluirá la fecha de la divulgación, el nombre y domicilio de la persona o ente que recibió la información, si se conocen, una breve descripción de la información divulgada y una breve manifestación del propósito de la divulgación. La primera rendición de cuentas suministrada dentro de un período de 12 meses será gratuita; para solicitudes posteriores, podremos cobrarle nuestros costos de preparación de la rendición de cuentas.

6. ***Notificación de violaciones de su información médica.*** Tiene derecho a recibir una notificación por escrito sobre cualquier "violación" de su información médica protegida "no asegurada", según se define ese término en el título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, según sus siglas en inglés), párrafo 164.402.

E. Normas especiales respecto de la divulgación de información sobre salud conductual, tratamiento de abuso de sustancias e información relacionada con VIH

Para las divulgaciones relacionadas con cierta información médica, como la información relacionada con el VIH o los registros sobre abuso de sustancias o el tratamiento de la salud conductual, corresponden restricciones especiales. Normalmente, divulgaremos dicha información solo con una Autorización que permita específicamente la divulgación de dicha información, o según lo permita o lo requiera la ley.

F. Para información acerca de esta notificación o para informar una inquietud respecto de nuestras prácticas de privacidad

1. Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, podrá presentar una queja por escrito, ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington D.C. 20201.

2. Para presentar una queja ante nosotros, deberá comunicarse con:

Funcionario de privacidad
Community Health Center, Inc.
575 Main Street, 2nd Floor
Middletown, Connecticut 06457
Tel: 860-347-6971 (3705)

3. No tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja contra CHCI.