

DEAR PARENT:

PLEASE FILL OUT THE FOLLOWING FORMS COMPLETELY. WE PREFER THAT YOU ACCOMPANY YOUR CHILD TO THEIR EXAM, BUT WILL SEE THEM WITHOUT YOU BEING PRESENT IF:

- **THE FORMS ARE ALL FILLED OUT BEFORE THE APPOINTMENT**
- **THE CHILD BRINGS HIS/HER IMMUNIZATION CARD WITH THEM**
- **WE CAN REACH YOU BY PHONE DURING THE EXAM**

YOUR DAYTIME PHONE NUMBER IS: _____

QUERIDOS PADRES:

POR FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTES FORMAS COMPLETAMENTE. PREFERIMOS QUE USTED ACOMPAÑE SU NIÑO/A A SU EXAMEN, PERO LOS VEREMOS SIN USTED ESTAR PRESENTE SI:

- **LOS FORMULARIOS ESTÁN TODOS LLENOS ANTES DE LA CITA**
- **EL NIÑO/A TRAE SU TARJETA DE VACUNAS**
- **PODEMOS ALCANZARLE POR TELÉFONO DURANTE EL EXAMEN**

SU NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA ES:

THIS PAGE IS INTENTIONALLY BLANK

**Programa de salud escolar del Mount Sinai Hospital
en PS 38/Dream Charter School, PS 83/PS 182, PS 108, and TAG/MS 372/MS 381
Formulario escolar de consentimiento de los padres (Grados jardín de infantes a 8°)**

Para el uso exclusivo de la oficina (Office Use Only)

MRN: _____ **School:** _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR
Apellido del estudiante: _____	Madre
Nombre del estudiante: _____	Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____	Padre
Número de Seguro Social del estudiante: _____	Apellido: _____ Nombre: _____
Sexo: ¹ <input type="checkbox"/> Masculino ² <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____	Tutor legal, si corresponde:
Etnia: ¹ <input type="checkbox"/> Hispana ² <input type="checkbox"/> Negra ³ <input type="checkbox"/> Blanca	Apellido: _____ Nombre: _____
⁴ <input type="checkbox"/> Asiática o nativa de las Islas del Pacífico	Relación con el estudiante: _____
⁵ <input type="checkbox"/> India norteamericano ⁶ <input type="checkbox"/> Otra _____	Información de contacto del padre o tutor
Si Hispana: ¹ <input type="checkbox"/> Dominicana ³ <input type="checkbox"/> Mexicana	Tel del hogar: _____ Tel del trabajo: _____
² <input type="checkbox"/> Puertorriqueña ⁴ <input type="checkbox"/> Otra _____	Buscapersonas o celular: _____
Dirección del estudiante: _____	Contacto adicional para emergencias
Ciudad: _____ Código postal: _____	Nombre: _____
¿Quién es el médico habitual del estudiante?	Relación con el estudiante: _____
Nombre: _____	Tel del hogar: _____ Tel del trabajo: _____
Teléfono: _____	Buscapersonas o celular: _____
Dirección: _____	
¿Cuándo fue la última vez que el estudiante visitó a su médico?	
Mes _____ Año _____	

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS	
¿Tiene seguro médico el estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene otro seguro el estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Si tiene, ¿cuál seguro tiene el estudiante? (cheque uno)	Si tiene, Nombre _____
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicaid Managed Care <input type="checkbox"/> Child Health Plus	Número de cobertura _____
Número de identificación: _____	Nombre del padre o tutor con seguro médico:
¿Qué plan? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Health Plus <input type="checkbox"/> HIP	_____
<input type="checkbox"/> Metroplus <input type="checkbox"/> Neighborhood <input type="checkbox"/> NYS Catholic	Fecha de nacimiento del padre/tutor con seguro: _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	Relación con el estudiante: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

He leído y entiendo los servicios mencionados en la próxima página (Servicios del centro de salud escolar) y con mi firma otorgo consentimiento para que mi hijo reciba los servicios del centro de salud escolar de Mount Sinai Hospital.

NOTA: Según lo dispuesto por la ley, no se requiere consentimiento de los padres para la realización de los estudios de detección obligatorios, la administración de tratamientos de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con la conducta sexual o la prevención de embarazos y la prestación de cuidados cuando la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere consentimiento de los padres para los alumnos de 18 años o más o estudiantes que son padres o están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

X
Firma del padre o tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o cumple con los requisitos dispuestos por ley) _____ **Fecha** _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD EN CUMPLIMIENTO CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY HIPAA

He leído y entiendo las disposiciones sobre divulgación de información de salud que aparecen en la página 2 de este formulario. Mi firma indica que autorizo la divulgación de información médica según lo especificado.

X
Firma del padre o tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o cumple con los requisitos dispuestos por ley) _____ **Fecha** _____

**Programa de salud escolar del Mount Sinai Hospital
en PS 38/Dream Charter School, PS 83/PS 182, PS 108, and TAG/MS 372/MS 381
Formulario escolar de consentimiento de los padres (Grados jardín de infantes a 8°)**

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Autorizo que mi hijo reciba servicios de cuidados de salud por parte de los profesionales de salud con licencia estatal de Mount Sinai Hospital dentro del programa de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que en ciertas áreas específicas de salud se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de cuidados de salud, de acuerdo con la ley vigente, y que se alentará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios de los centros de salud escolar son, entre otros:

1. Servicios de salud escolar obligatorios, como: exámenes de visión (incluye anteojos), audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otras condiciones médicas, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendadas;
2. Examen físico integral (examen médico completo) que incluye los análisis necesarios para la escuela, deportes, documentación laboral y nuevas admisiones;
3. Análisis de laboratorio recetados por un médico, incluye anemia, drepanocitosis (anemia de célula falciforme) y diabetes;
4. Cuidados y tratamientos médicos, incluye diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas, y provisión y prescripción de medicamentos;
5. Servicios de salud mental, incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones;
6. Educación de salud y asesoramiento para la prevención de conductas riesgosas, como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, así como educación sobre abstinencia y prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH, según la edad;
7. Exámenes dentales, incluye: diagnóstico, tratamiento y selladores si corresponde;
8. Recomendaciones para servicios no proporcionados en el centro de salud escolar; y
9. Cuestionario o encuesta de salud anual.

**PLANILLA DE DATOS DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
SOBRE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE
SALUD EN CUMPLIMIENTO CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY HIPAA**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información médica. No obstante, es posible que la divulgación de estos datos esté prohibida por la legislación federal de privacidad y la legislación estatal.

Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo que se revele información médica a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York o NYCDOE, por sus siglas en inglés), ya sea porque lo exige la ley o una disposición del Canciller, o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la institución o persona que den a conocer la información médica en cuestión deben enviarme una copia de este formulario. Los padres tienen la obligación de brindar a la escuela cierta información, por ejemplo, los certificados de vacunación. Si los padres no cumplen con este deber, es posible que el estudiante no sea admitido en la escuela.

Me han respondido todas las preguntas que tenía acerca del formulario. Entiendo que no es obligatorio autorizar la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de parecer cuando lo desee y revocar mi autorización escribiéndole al centro de salud escolar. Sin embargo, si ya se ha dado a conocer cierta información, no es posible revocar la autorización en forma retroactiva de modo que se puedan ocultar datos divulgados antes de la revocación.

Autorizo al centro de salud escolar de Mount Sinai Hospital a revelar información médica específica del estudiante cuyo nombre figura en el dorso de la página a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York o NYCDOE).

Autorizo que el centro de salud escolar revele al NYCDOE y que el NYCDOE revele al centro de salud escolar la información médica que se detalla a continuación con el fin de cumplir los requisitos impuestos por la ley y procurar que la escuela cuente con la información necesaria para proteger la salud y la seguridad de mi hijo. Entiendo que esta información seguirá siendo confidencial de acuerdo con la legislación federal y estatal y las disposiciones del Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por disposiciones del Canciller:

- Examen a nuevos ingresantes (formulario CH-205)
- Vacunas
- Resultados de los exámenes de visión y audición
- Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger la salud y la seguridad de su hijo:

- Condiciones médicas que pueden requerir tratamiento médico de emergencia (formulario 103S)
- Condiciones médicas que pueden limitar las actividades diarias del estudiante (formulario 103S)
- Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (sin incluir VIH u otras enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley).
- Cobertura de seguro de salud

Mi firma en la página 1 de este formulario indica que autorizo a Mount Sinai Hospital a comunicarse con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo y a obtener información del seguro.

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

Desde: La fecha de la firma que figura al dorso

Hasta: La fecha en que el estudiante deja de estar registrado en el centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés)



NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____

PARA EL USO DE LA CLÍNICA

MRN/GENDER _____

FORMA DEL HISTORIAL MÉDICO (PRE-K TO 5TH GRADE)

HISTORIAL MÉDICO

¿En qué hospital nació su niño/a? _____ Peso al nacer _____

¿Su bebé fue a casa con Usted? Sí No

¿Ha sido operado su niño/a? Sí No

¿Ha tenido que permanecer en el hospital durante la noche su niño/a? Sí No

Si es así, ¿para qué condición? _____

¿Qué hospital? _____ Fecha(s) _____

¿Ha tenido su niño/a una lesión seria? Sí No

¿Ha tenido su niño/a cualquiera de las condiciones siguientes?

- | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problema sanguine |
| <input type="checkbox"/> Viruela | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Condición del corazón |
| <input type="checkbox"/> Problema del riñon | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Otro (describa) _____ | | |

¿Tiene alergias? (medicamento, comida, otro) Sí No

Si es así, liste a qué es alérgico: _____

¿Ha su niño/a visto el dentista en el pasado ano? Sí No

¿Inmunizaciones al corriente? Sí No

¿Cuando fue su ultimo examen de tuberculosis (PPD)? _____

¿Cuando fue su ultima vacuna del tétano? _____

¿Ha salido su niño/a de los Estados Unidos en los pasados cinco años? Sí No

Si es así, ¿A dónde fue? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Con quién vive su niño/a?

- mama madrastra abuela tía(s) hermana(s) sobrina(o) padres/adoptivo
 papa padrastro abuelo tío(s) hermano(s) nephew primo(s)

Enumere los hermanos/las hermanas con quien no vive: _____

¿Vive Ud. en un: ¿apartamento? ¿casa privada? ¿refugio/hotel?

¿Tiene cualquier miembro de la familia (incluyendo los abuelos, los tíos, los primos, y los otros) cualquiera de los condiciones siguientes?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alergia primaveral/alergia | <input type="checkbox"/> anemia/problema sanguino | <input type="checkbox"/> infarto/derrame cerebral | <input type="checkbox"/> convulsiones |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> alta presión |
| <input type="checkbox"/> obesidad | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> uso de drogas | <input type="checkbox"/> abuso del alcohol |
| <input type="checkbox"/> problema del riñon | <input type="checkbox"/> enfermedades del corazon | <input type="checkbox"/> deficiencias en el aprendizaje | <input type="checkbox"/> problemas emocionales |

VIH/SIDA tuberculosis otro _____

HISTORIAL DE ESCUELA

¿Ha que escuela asiste su niño/a? _____ ¿Grado? _____

¿Ha reprobado su niño/a algún año? Sí No ¿En educación especial? Sí No

¿Algún problema con el trabajo de la escuela (atrasado, pobre asistencia)? _____

¿Algún problema o preocupaciones del comportamiento? _____

¿Qué planes tiene su niño/a para el futuro? _____

SALUD PERSONAL

¿Tiene o ha tenido su niño/a un problema con:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> acné? | <input type="checkbox"/> sanguino? | <input type="checkbox"/> problema para respirar? |
| <input type="checkbox"/> huesos rotos (fracturados)? | <input type="checkbox"/> dolor en el pecho? | <input type="checkbox"/> estreñimiento? |
| <input type="checkbox"/> diarrea? | <input type="checkbox"/> mareos o desmayos? | <input type="checkbox"/> ojos? |
| <input type="checkbox"/> usa lentes? | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza frecuente? | <input type="checkbox"/> alta presión? |
| <input type="checkbox"/> corazón? | <input type="checkbox"/> colesterol alto? | <input type="checkbox"/> riñones? |
| <input type="checkbox"/> erupciones o colmenas? | <input type="checkbox"/> piel muy reseca? | <input type="checkbox"/> mucho dolor del estómago? |
| <input type="checkbox"/> articulación hinchados? | <input type="checkbox"/> dientes? | <input type="checkbox"/> infecciones de orines? |
| <input type="checkbox"/> vómito? | <input type="checkbox"/> otro? _____ | |

¿Ha estado su niño/a en alguna dieta especial? Sí No Describa _____

¿Piensas que su niño/a pesa muy poco? justo? demasiado?

¿Pasa su niño/a largos periodos del tiempo sin comer (salta comidas)? Sí No

¿Cuántas veces a la semana su niño/a come lo siguiente?

Comidas fritas Fruta Chucherias Leche Carne Vegetales

¿Se siente su niño/a siempre deprimido/a (muy abajo)? Sí No

¿Qué le hace sentir mejor? _____

¿Ha pensado su niño/a alguna vez de lastimarse o de matarse? Sí No

Si es así, ¿lo han tratado alguna vez? Sí No

¿Ha tenido su niño/a asesoramiento con un trabajador social o terapeuta? Sí No

¿Tiene su niño/a algún problema en la casa? Sí No

¿Le ha pegado alguien a su niño/a muy duro o les ha golpeado siempre? Sí No

¿Ha tocado alguien el cuerpo de su niño/a de una manera que los hizo sentir incómodos o sin su consentimiento? Sí No

¿Hay un arma de fuego en su hogar? Sí No

¿Ha asaltado, atacado o lastimado alguien a su niño/a? Sí No

¿Su niño/a ha presenciado alguna violencia? Sí No

¿Cuántas horas al día su niño/a ve la TV? Los días laborales _____ Los fines de semana _____

Firma del Padre o Guardián

Fecha



The Mount Sinai Hospital
Los centros de salud escolar

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DEL NACIMIENTO _____ / _____ / _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

MRN/GENDER _____

AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

Los centros de salud escolar del Mount Sinai Hospital les proporcionan servicios a todos los estudiantes que consienten en recibir servicios en **ningún costo** al estudiante ni a su familia. Para que el programa continúe, pasamos la factura a Medicaid y/o otras compañías de seguro para recibir pagos. Usted puede recibir un aviso llamado una Explicación de Beneficios (EOB) de su compañía de seguro. La EOB tiene información sobre los servicios que han sido facturados y los pagos que han sido aprobados. Usted **no recibirá una factura del Hospital Mount Sinai** para ningún costo no cubierto por el seguro médico. Usted **no tiene que pagar** por los servicios proporcionados en los centros de salud escolar del Hospital Mount Sinai. Firmar este formulario **no cambia** su cobertura de seguro médico.

1. EL ACUERDO FINANCIERO / LA GARANTÍA DE PAGO

Autorizo el pago de los beneficios médicos directamente al Hospital Mount Sinai para cubrir el costo del cuidado y el tratamiento que el paciente mencionado abajo ("mi hijo/a") recibe de los centros de salud escolar del Hospital Mount Sinai.

2. LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Si mi compañía de seguro niega el pago al Hospital Mount Sinai por los servicios prestados a mi hijo/a, doy mi consentimiento que un representante autorizado del Hospital contacta a mi compañía de seguro. Entiendo que este representante autorizado compartirá toda la información y la documentación sobre los servicios prestados a mi hijo/a por los centros de salud escolar para que mi compañía de seguro evalúe de nuevo su decisión de negar pago para estos servicios.

Autorizo que los centros de salud escolar del Hospital Mount Sinai, el médico o enfermera especialista de mi hijo/a, y los representantes autorizados utilicen y revelen información de salud de mi hijo/a para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que la información de salud revelada puede incluir historial psiquiatría y/o información relacionada al VIH (indicando que mi hijo/a ha tenido un examen para VIH, tiene la infección de VIH o una enfermedad relacionada al VIH/SIDA o potencialmente ha sido expuesto al VIH). Entiendo que la información de salud puede ser revelada a las compañías de seguro para el pago de los centros de salud escolar y los gastos profesionales.

3. EL MEDICAID Y/O OTRA ASEGURADORA – LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que la información de seguro sobre mi hijo/a que proporcionó es cierta y precisa. Autorizo a quien posea información médica sobre mi hijo/a a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) y a sus agentes o a cualquiera compañía de seguro la información necesaria para este o otro reclamo relacionado. Solicito el pago de beneficios autorizados al Hospital Mount Sinai por servicios proporcionados a mi hijo/a por los proveedores de los centros de salud escolar.

4. LA INFORMACIÓN DE SEGURO

Entiendo que el Hospital Mount Sinai utilizará diversos medios para determinar si mi niño/a tiene seguro médico, por ejemplo, comunicando con otros proveedores que han examinado a mi hijo/a, usando el sistema electrónico de verificación de elegibilidad de Medicaid o comunicando con otros que tiene información sobre mi hijo/a. Entiendo que estas otras fuentes de información será utilizada para confirmar cualquier información sobre el seguro médico que entregué en el formulario de consentimiento médico.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (o estudiante de 18 años de edad o de cualquier otra manera permitida por la ley)

FECHA

RELACIÓN AL PACIENTE



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP)

Al firmar abajo, reconozco que me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y por lo tanto se me ha explicado como la información acerca de mi salud puede ser utilizada y revelada por los hospitales y las instalaciones nombradas al principio de este aviso, y como yo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Nombre del paciente

Firma del paciente o representante personal

Nombre en imprenta del paciente o representante personal

Fecha

Detalles de la autoridad del representante personal

I was not able to obtain the patient's acknowledgement of receipt of the NOPP upon registration because:

- The patient refused to sign despite good faith efforts*
- The patient was unaccompanied and not alert and oriented*
- The patient was unaccompanied and needed emergency care*
- Other (explain):* _____

Employee Signature: _____ Employee Title: _____

Print Name: _____ Date: _____

Acknowledgement subsequently obtained, (see above).



RESUMEN - AVISO DE PRÁCTICAS SOBRE LA PRIVACIDAD (SUMMARY - NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

ESTE ES UN RESUMEN DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS SOBRE LA PRIVACIDAD QUE DESCRIBE COMO INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y COMO UD PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. ADEMÁS, UNA VERSIÓN DE ESTAS PRÁCTICAS, EN SU TOTALIDAD, ESTÁ A SU DISPOSICIÓN SI UD LO PIDE.

Nuestra promesa de la protección de su privacidad:

El hospital Mount Sinai y la Escuela de Medicina están entregado a proteger la privacidad de información sobre su salud. Para poder servirle mejor compartimos su información médica con todos los proveedores que participan en su cuidado. Usamos su información para tal punto que se necesita para hacer nuestros negocios, para cobro de servicios que le proveemos, y para obedecer las leyes que controlan los servicios médicos. No usaremos o revelaremos su información para otra razón cualquiera sin su permiso.

Ud tiene los derechos siguientes para obtener y controlar su información sobre su salud: (Refiere a las páginas siguientes)

- El derecho de inspeccionar y obtener una copia de su documentos médicos y también de su cuenta, sujeta a algunas reglas relacionadas al abuso de drogas y del alcohol, asuntos genéticos, salud mental, y datos de VIH y SIDA
- El derecho de pedir cuales son las restricciones en el uso o revelación de su información médica
- El derecho de recibir una explicación de revelaciones de su información médica
- El derecho de añadir una apéndice a su registro médico
- El derecho de pedir que nos comunicamos con Ud de tal modo o en tal ubicación
- El derecho de recibir una versión en totalidad de nuestro Aviso sobre Prácticas de la Privacidad

Ejemplos de como podemos usar y revelar información sobre su salud: (Refiere a las páginas siguientes)

- Para proveerle con servicios y tratamiento médico;
- Para pasar la cuenta y recibir pago para los servicios y tratamientos que Ud recibe;
- Para desempeñar las funciones necesarias para administrar Mount Sinai y asegurar que nuestros pacientes reciben un cuidado de calidad;
- Para proveer información demográfica solamente para nuestra oficina de promoción para recaudación de fondos;
- Para respaldar nuestra misión como un centro médico académico con la aprobación de la Junta de Procedimientos de la Privacia de Mount Sinai;
- Para compensación de trabajadores o programas semejantes;
- Para programas requeridos para la salud pública; (e.g, el informe de abuso, o reacciones adversos a medicamentos);
- Para la vigilancia de servicios médicos. (e.g informe a el Departamento de la Salud del Estado de Nueva York;
- Para la imposición del cumplimiento de la ley en ciertas circunstancias;
- Para un funcionario encargado de investigar las causas de muertes violentas repentinas o sospechosas, médico forense, o director de una funeraria como requerido por ley;
- Para adquisición de de un órgano si hay posibilidad que Ud es un donador

Para más información en detalle sobre el aviso, favor de contactar a:

Mount Sinai Privacy Officer at Mount Sinai 212- 241-4669 (el agente de la privacidad para Mount Sinai)

Mount Sinai School of Medicine FPA Patient Rights Coordinator (212) 241-7715

(el agente para la Escuela de Medicina)

Mount Sinai Hospital of Queens Privacy Officer at (718) 267-4220 (el agente para el Hospital de Mount Sinai en Queens)

North Shore Medical Group Privacy Officer at (631) 367-5125 (el agente para el North Shore Medical Group)