



# FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL MENOR 2023-2024



### Seleccione la ubicación del programa:

#### Filadelfia

**Yaffe Center**  
3975 Conshohocken Ave.  
Philadelphia, PA 19131  
Teléfono: 215-879-1000  
Fax: 215-879-5051

**Allegheny Center**  
3111 W. Allegheny Ave.  
Philadelphia, PA 19132  
Teléfono: 215-879-5010  
Fax: 215-879-2196

#### Condado de Delaware

**Media**  
468 North Middletown Rd.  
Media, PA 19063  
Teléfono: 610-565-2353  
Fax: 610-565-5256

**Marple**  
85 N. Malin Road  
Broomall, PA 19008  
Teléfono: 610-565-2353  
Fax: 610-565-5256

#### Condado de Bucks

**Brooks Center**  
2901 Edgely Road  
Levittown, PA 19057  
Teléfono: 215-945-7200  
Fax: 215-945-4073

#### Condado de Montgomery

**Gresh Center**  
1161 Forty Foot Road, P.O. Box 333  
Kulpsville, PA 19443  
Teléfono: 215-368-7000  
Fax: 215-368-1199

**Nombre del menor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección del menor:** \_\_\_\_\_

**Etnia (Marque una):** Lo preguntamos con fines estadísticos.

- Asiático    Afroamericano    Caucásico    Nativo Americano    Hispano    Otra    Desconocida

Madre/padre/tutor (encierre en un círculo)	Madre/padre/tutor (encierre en un círculo)
Nombre: Parentesco con el menor:	Nombre: Parentesco con el menor:
Dirección:	Dirección:
Teléfono celular: <input type="checkbox"/> Solo emergencias <input type="checkbox"/> Otras comunicaciones	Teléfono celular: <input type="checkbox"/> Solo emergencias <input type="checkbox"/> Otras comunicaciones
Teléfono particular:	Teléfono particular:
Teléfono diurno:	Teléfono diurno:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Empleo/Ocupación/Especialidad:	Empleo/Ocupación/Especialidad:

Fecha en que se entregó el formulario a la oficina escolar: \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) está registrado(a) en la Oficina de Salud Mental/Discapacidades del Desarrollo (MHDD, en inglés) del condado indique el número de la Unidad de Servicio Base (BSU, en inglés): \_\_\_\_\_

Especifique toda cuestión relacionada con la tenencia o las visitas (facilite una copia del acuerdo):

---

---

¿Cuál es su ingreso familiar total? Debemos hacer esta pregunta con fines estadísticos, no divulgaremos la respuesta.

- \$0 a \$29,999
- \$30,000 a \$59,999
- \$60,000 a \$89,999
- \$90,000 a \$129,999
- \$130,000 a \$150,000
- \$150,001+
- Prefiero no responder

¿Cuántos integrantes hay en su grupo familiar? Debemos hacer esta pregunta con fines estadísticos, no divulgaremos la respuesta.

- 1-3
- 4-6
- 7-9
- 10+

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

## CONTACTO DE EMERGENCIA / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARENTAL

CÓDIGO 55 DE PA CAPÍTULOS 3270.124 (a) (b), 3270.181-182; 3280.124 (a) (b), 3280.181-182; 3290.124 (a) (b), 3290.181-182

<b>NOMBRE DEL MENOR</b>	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	
<b>NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR</b>	TELÉFONO PARTICULAR (    )
DIRECCIÓN	
NOMBRE DE LA EMPRESA	TELÉFONO DE LA EMPRESA
DIRECCIÓN	
<b>NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR</b>	TELÉFONO PARTICULAR (    )
DIRECCIÓN	
NOMBRE DE LA EMPRESA	TELÉFONO DE LA EMPRESA
DIRECCIÓN	
<b>CONTACTO(S) DE EMERGENCIA</b>	NOMBRE
TELÉFONO CUANDO EL MENOR ESTÁ EN EL ESTABLECIMIENTO	
<b>PERSONA(S) QUE PUEDEN RETIRAR AL MENOR</b>	NOMBRE
TELÉFONO CUANDO EL MENOR ESTÁ EN EL ESTABLECIMIENTO	
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA DEL MENOR</b>	TELÉFONO
DIRECCIÓN	
DISCAPACIDADES ESPECIALES (SI LAS HAY)	ALERGIAS (INCLUIR REACCIONES A MEDICAMENTOS)
INFORMACIÓN MÉDICA O DE ALIMENTACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA	MEDICACIÓN; SITUACIÓN ESPECIAL
INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE NECESIDADES ESPECIALES	
SEGURO MÉDICO O BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DEL MENOR	NÚMERO DE PÓLIZA (OBLIGATORIO)
<b>SE DEBE FIRMAR CADA PUNTO A CONTINUACIÓN PARA INDICAR EL CONSENTIMIENTO PARENTAL</b>	
RECURRIR A LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	ADMINISTRAR PROCEDIMIENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS
CAMINATAS Y EXCURSIONES	NATACIÓN
TRANSPORTE A CARGO DE LA INSTALACIÓN	PISCINA INFANTIL

REVISIÓN PERIÓDICA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_

FECHA

COPIA BLANCA (Original)    COPIA AMARILLA (Instalación de cuidado infantil)    Copia rosa (Excursión) CY 887 1022

## **AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**

En caso de una emergencia que requiera tratamiento médico, autorizo a Easterseals a:

1. Contratar y solicitar tratamiento médico y transporte, si es necesario.
2. Divulgar los registros del menor, previa solicitud, a la persona autorizada o a la agencia involucrada en el tratamiento de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **INFORMACIÓN MÉDICA**

Indique cualquier problema médico que pueda afectar el día del menor.

Visión: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

Habla: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** (incluya vitaminas, laxantes, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALERGIAS Y REACCIONES** (a medicamentos, alimentos, ambiente):

Alergia:

Reacción:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EPI PEN:**  Sí  No

**COMBULSIONES:**  Sí (Diastat  Y  N)  No

**MÉDICO(A) DE CABECERA/PEDIATRA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL DE PREFERENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**ESPECIALISTAS:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

Informe cualquier cambio en la información de atención médica a la oficina escolar.

**QUEREMOS SABER MÁS DE TI**

Describa brevemente un día típico de su hijo(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los juguetes, intereses y actividades que prefiere su hijo(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quiénes son las personas importantes en la vida de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa sus experiencias previas con otros niños en un entorno grupal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuéntenos sobre el progreso de su hijo(a) en relación con ir al baño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) usa palabras o señales especiales para indicar que debe ir al baño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) usa señas o gestos para comunicar sus necesidades o deseos básicos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué objetivos tiene para su hijo(a) durante preescolar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué tradiciones familiares o aspectos de su cultura le gustaría compartir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría mencionar sobre su hijo(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.





## Relaciones públicas/Divulgación de fotos y videos

La misión de Easterseals es cambiar la forma en que el mundo define y ve a la discapacidad al transformar de manera positiva y profunda las vidas de la gente todos los días. A lo largo del año, compartiremos imágenes de lo que hacemos y de los(las) niños(as) increíbles a quienes prestamos servicios con fines publicitarios.

Responda cada una de las preguntas sobre las fotos y videos:

Nombre del menor:

---

1. Autorizo a Easterseals a tomar fotos y videos de mi hijo(a) con fines publicitarios de Easterseals (por ejemplo, comunicado de prensa, redes sociales y material publicitario).

Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo \_\_\_\_\_

2. Autorizo a Easterseals a tomar fotos y videos de mi hijo(a) solamente con fines internos (por ejemplo, organizadores, horarios y celebraciones de fin de año).

Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si desea recibir información sobre los programas y noticias de Easterseals por correo electrónico, indique su dirección de correo electrónico.

---

(Correo electrónico)

## **POLÍTICA DE NOTIFICACIÓN DE ABUSO INFANTIL**

Easterseals of Southeastern Pennsylvania apoya y alienta a todas las familias a proporcionar un entorno saludable y seguro para sus hijos(as).

La ley obliga al personal de Easterseals of Southeastern Pennsylvania a notificar ante una causa razonable que genere sospechas de maltrato infantil.

Es importante destacar que el personal de Easterseals no necesita pruebas de que ha ocurrido un maltrato para tomar medidas. Basta con que una persona tenga una causa razonable para sospechar el maltrato. Los motivos para sospechar pueden incluir:

- Observación de la apariencia física de un(a) niño(a).
- Las comunicaciones verbales o no verbales de un(a) niño(a).
- Un cambio en el comportamiento de un(a) niño(a) (evidencia de ansiedad, retraimiento, miedo o nerviosismo).

Entiendo que la ley obliga a Easterseals of Southeastern Pennsylvania a informar las sospechas a las autoridades correspondientes.

---

Firma del padre/madre/tutor:

---

Fecha

### **AVISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Los archivos de cada niño(a) se guardan en un lugar seguro bajo llave al final del día. El padre, la madre o el tutor de un(a) niño(a) y el personal de Easterseals tienen acceso a la información de los archivos bajo el principio de mínima difusión. En otras palabras, solo podrá acceder a esta información el personal que necesite hacerlo para llevar a cabo su trabajo de manera responsable. Se deberá llevar un registro de cada instancia en que se acceda a estos archivos.

Para que el personal de Easterseals pueda comentar el desarrollo de un(a) niño(a) con alguien que no pertenezca al equipo del IFSP/EP, es necesario que el padre/madre/tutor firme un formulario de “Divulgación de información”.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

### **AUTORIZACIÓN PARA EL CASCO DE BICICLETA**

Debido a que muchos niños(as) manejan distintos vehículos, deberán usar un casco de bicicleta como medida de seguridad, conforme a la Ley de Cascos de Bicicleta de Pensilvania, que establece que todos los menores de 12 años deben usar un casco de seguridad al manejar una bicicleta o triciclo.

Si es posible, envíe un casco de bicicleta para que su hijo(a) lo use en la escuela. En caso de que no pueda facilitar uno, tenemos cascos que los estudiantes pueden usar.

- Proporcionaré un casco para que mi hijo(a) lo use en la escuela.
- Mi hijo(a) usará el casco provisto por la escuela.

---

Nombre del menor

---

Firma del padre/madre/tutor

---

Fecha

**PERMISO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y acepto que Easterseals of Southeastern Pennsylvania puede usar y divulgar información médica protegida (incluidos el nombre, la dirección, el historial médico, los síntomas, los exámenes, los resultados de análisis e informes de tratamiento, entre otros) para el tratamiento, pago u otra operación de atención médica. Entiendo que debo dar permiso para este uso y su divulgación, para la inscripción y recepción de servicios a través de Easterseals.

Entiendo y se me ha proporcionado una copia de *“Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades”*. Ese documento brinda una descripción completa de los posibles usos y divulgaciones de mi información médica protegida. Entiendo que tengo derecho a revisar ese documento antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que Easterseals se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que enviará una copia de cualquier aviso modificado a la dirección que he proporcionado.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que Easterseals restrinja la forma en que se utiliza o divulga la información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago u otra operación de atención médica. Además, entiendo que Easterseals no tiene la obligación de conceder ninguna solicitud para restringir el uso o divulgación de información. Sin embargo, si Easterseals acepta una solicitud de restricción, dicha restricción será obligatoria para Easterseals.

Estoy de acuerdo en que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Easterseals ya se haya amparado en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente, padre/madre o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que recibirá servicios

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

**INFORME MÉDICO DEL MENOR**  
(CÓDIGO DE PA 55 SECCIONES 3270.131, 3280.131 Y 3290.131)

NOMBRE DEL MENOR: (APELLIDO)	(NOMBRE)	PADRE/MADRE/TUTOR:
FECHA DE NACIMIENTO:	TELÉFONO PARTICULAR:	DIRECCIÓN:
NOMBRE DEL SITIO DE CUIDADO INFANTIL:		TELÉFONO LABORAL:
TELÉFONO DEL SITIO:	CONDADO:	

Autorizo al personal de cuidado infantil y al profesional de atención médica de mi hijo(a) a comunicarse de forma directa si fuera necesario para aclarar información de este formulario sobre mi hijo(a).

FIRMA DEL PADRE/MADRE:

**NO OMITA INFORMACIÓN**

**Un profesional de atención médica puede actualizar este formulario. Coloque las iniciales y la fecha cuando ingrese nueva información. Entregar una copia al centro de cuidado infantil.**

HISTORIAL E INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE LA RUTINA DE CUIDADO INFANTIL Y DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (DESCRIBA, SI LO HAY):

NINGUNO

INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y LAS DIETAS ESPECIALES DEL MENOR Y EL MOTIVO. INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS EN CASO DE QUE SE REQUIERA ATENCIÓN DE EMERGENCIA. AGREGUE PÁGINAS APARTE SI HACE FALTA.

NINGUNO

ALERGIAS DEL MENOR (DESCRIBA, SI LA HAY):

NINGUNA

ENUMERE PROBLEMAS DE SALUD O NECESIDADES ESPECIALES Y TRATAMIENTOS/SERVICIOS RECOMENDADOS. SI ES NECESARIO AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES PARA DESCRIBIR EL PLAN DE ATENCIÓN QUE SE DEBERÍA SEGUIR PARA EL MENOR, INCLUIDA LA INDICACIÓN DE CAPACITACIÓN ESPECIAL PARA EL PERSONAL, EQUIPOS Y SUMINISTROS PARA EMERGENCIAS.

NINGUNO

SEGÚN SU EVALUACIÓN, ¿EL MENOR PUEDE PARTICIPAR EN EL CUIDADO INFANTIL Y NO APARENTA TENER NINGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O TRANSMISIBLE?

SÍ  NO EN CASO DE QUE NO, EXPLIQUE SU RESPUESTA:

¿EL MENOR HA RECIBIDO TODAS LAS EVALUACIONES ENUMERADAS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVOS QUE ACTUALMENTE RECOMIENDA LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA? (VER CRONOGRAMA EN [WWW.AAP.ORG](http://WWW.AAP.ORG))

SÍ  NO

**INDIQUE A CONTINUACIÓN SI LOS RESULTADOS DE LOS CHEQUEOS DE VISIÓN, AUDICIÓN O DETECCIÓN DE PLOMO TUVIERON RESULTADOS ANORMALES. DE HABER SIDO ASÍ, INDIQUE LA FECHA DEL CHEQUEO Y CUALQUIER DATO DE DERIVACIONES, IMPLICANCIAS O MEDIDAS RECOMENDADAS PARA EL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL.**

VISIÓN (subjativa hasta los 3 años)

AUDICIÓN (subjativa hasta los 4 años)

PLOMO

**INDIQUE LAS FECHAS DE VACUNACIÓN DEBAJO O ADJUNTE UNA FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE VACUNAS DEL MENOR**

VACUNAS	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	COMENTARIOS
HEP-B	11/7	11/7	11/7	11/7	11/7	
ROTAVIRUS						
DTAP/DTP/TD						
HIB						
NEUMOCÓCICA						
POLIO						
INFLUENZA						
MMR						
VARICELA						
HEP-A						
ANTIMENINGOCÓCICA						
OTRA						

PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA:

FIRMA DEL MÉDICO(A), ENFERMERO(A) PROFESIONAL O ASISTENTE DEL MÉDICO(A)

DIRECCIÓN:

CARGO:

TELÉFONO:

MATRÍCULA:

FECHA EN QUE SE FIRMÓ EL FORMULARIO:



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



**REMISIÓN PARA TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, DEL HABLA, DE ALIMENTACIÓN,  
ENFERMERÍA Y SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL**



Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

**DEBE COMPLETARLO EL MÉDICO(A):**

Solicito que \_\_\_\_\_ reciba terapia ocupacional, física, del habla, de alimentación, enfermería o servicios de trabajo social. Doy permiso para el tratamiento si se indican servicios como resultado de una evaluación.

Firma del médico(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Matrícula del médico(a): \_\_\_\_\_

Autorización para servicios desde \_\_\_\_\_ por un año salvo que se indique otra cosa.  
(Fecha)

Precauciones/instrucciones especiales:

---

---

---

Dirección, teléfono, fax del médico(a):

---

---

---

---

**INFORMACIÓN PARA USTED**

# Easterseals of Southeastern Pennsylvania

## *Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.*

---

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y confidencial y la forma en que puede conseguir acceso a ella. **Revíselo con atención.**

### *RESUMEN --*

#### *Sus derechos...*

Tiene derecho a:

- Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico.
- Corregir su expediente médico electrónico o impreso.
- Solicitar que la comunicación sea confidencial.
- Solicitar que se limite la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad.

#### *Sus opciones...*

Tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos su información al:

- Informar a sus familiares y amigos sobre su condición.
- Incluirle en un directorio escolar.
- Promocionar nuestros servicios y vender su información.
- Recaudar fondos.

#### *Nuestros usos y divulgaciones...*

Podemos utilizar y compartir su información para:

- Brindarle tratamiento
- Manejar nuestra organización
- Facturar sus servicios
- Brindar ayuda en materia de salud pública y seguridad
- Investigar
- Cumplir con la ley
- Abordar la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder demandas y acciones legales

### *Sus derechos*

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección le explicamos sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

#### **Obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico.**

- Puede solicitar su expediente médico o académico para verlo u obtener una copia electrónica o impresa, también puede acceder a otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.

- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

**Solicitar la corrección de su expediente médico.**

- Si considera que la información médica incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.

**Solicitar que la comunicación sea confidencial.**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

**Solicitar que limitemos la información que usamos o compartimos.**

- Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para un tratamiento, pago u nuestras operaciones. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla si dicha solicitud pudiera afectar su cuidado.
- Si paga la totalidad de un gasto extra por un servicio o producto de atención médica en efectivo, puede solicitarnos que no compartamos esa información por cuestiones de pago o relacionadas con nuestras operaciones con su aseguradora médica. Aceptaremos la solicitud a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

**Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información.**

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hayamos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la solicitud, además de con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el pago y las operaciones de atención médica, así como algunas otras divulgaciones (por ejemplo, las que usted nos haya solicitado). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero si solicita otro antes de los siguientes 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo.

**Obtener una copia de este aviso de privacidad.**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

**Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos.**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con nosotros para presentar una queja a la información de contacto ubicada al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante una carta dirigida a 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o en línea en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- No tomaremos ninguna represalia en su contra por hacer un reclamo.

## Sus opciones

**Puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos en relación con cierta información médica.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Incluyamos su información en un directorio escolar

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Fines publicitarios
- Venta de su información

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos contactarle para recaudar fondos, pero puede decirnos que no volvamos a contactarle.

## Nuestros usos y divulgaciones

*¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información médica?*

Solemos usar o compartir su información médica de las siguientes maneras.

### **Para ofrecerle tratamiento**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le brinden tratamiento.

### **Para manejar nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información médica para manejar nuestra organización, mejorar su cuidado y contactarle cuando sea necesario.

### **Para facturar sus servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de las agencias del gobierno, planes de salud u otras entidades.

*¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?*

Tenemos permiso o la obligación de compartir su información de otras maneras, generalmente de modo que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones estipuladas por ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Para ayudar en materia de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones como:

- Informar sospechas de maltrato, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

### **Para investigar**

Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.

### **Para cumplir la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluidas las agencias gubernamentales que quieran verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Abordar la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para hacer cumplir la ley o ante un funcionario del orden público.
- Con agencias de supervisión médica o educativa para actividades autorizadas por ley.

### **Responder demandas y acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y políticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos información que no se describa aquí a menos que nos dé su autorización por escrito. Si nos autoriza, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible, previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este aviso entra en vigor el 1 de enero de 2013.

Preguntas o preocupaciones con respecto a las políticas y a los procedimientos de privacidad de Easterseals se pueden dirigir a:

Kimberley Brown-Flint  
Director of Programs  
Easterseals of Southeastern Pennsylvania  
3975 Conshohocken Avenue  
Philadelphia, PA 19131  
215-879-1000  
215-879-8424 - Fax  
[kflint@easterseals-sepa.org](mailto:kflint@easterseals-sepa.org)