

***Health services are available to ALL children
Enrolled at School Based Health and Wellness Centers!***

Montgomery County Department of Health and Human Services' School Based Health and Wellness Centers (SBHWCs) provide health services, including preventive health care and sick care, to enrolled students *right in the school building*. Many students are able to be treated and return to class rather than being sent home! In most cases, parents do not have to leave work for their children to receive health services!

Services include:

- annual physical examinations
- sports physicals
- diagnosis and treatment of illness and injury
- immunizations
- medications dispensed at the sites
- laboratory work

Annual physical examinations keep children well and in school, and are recommended by the American Academy of Pediatrics.

New enrollees must complete and submit an enrollment packet. To obtain an enrollment packet, please contact the SBHWC located at your child's school.

Current enrollees should update their information on file, as needed.

Students and their families will not receive a bill for health services provided in the SBHWC.

All enrolled children will be seen regardless of their insurance status.

If your child has health care coverage that participates with Montgomery County, the insurer may be billed for services provided to your child. If your child is not insured please indicate that on your enrollment form and you will be contacted by a School Based Health and Wellness Center staff member who will assist you to apply for the Maryland Children's Health Program (HealthChoice) or the Care for Kids program.

If you have any questions, please contact the School Based Health and Wellness Center at your school.



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

School Based Health and Wellness Centers

Los servicios de salud están disponibles para TODOS los niños(as) que están inscritos en los Centros de Salud!

Los Centros de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery ofrecen servicios de salud a los estudiantes de la escuela que están inscritos, incluyendo el cuidado preventivo de salud y por enfermedad. Estos servicios de salud estarán disponibles en el edificio de la escuela. Muchos estudiantes son examinados y regresan a la escuela en vez de ir a la casa. En la mayoría de las ocasiones los padres de familia no tienen que salir de su trabajo para que sus hijos reciban los servicios de salud.

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos anuales
- Exámenes físicos para participar en algún deporte
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones
- Vacunas
- Medicinas que se ofrecen en los Centros
- Exámenes de laboratorio

Los exámenes físicos anuales hacen que los estudiantes se mantengan saludables y asistan a la escuela, y son recomendados por la Academia Pediátrica Americana.

Los estudiantes que se inscriben por primera vez deben completar y entregar el paquete de inscripción. Para obtener este paquete por favor póngase en contacto con el Centro de Salud localizado en la escuela de su hijo/a.

Los estudiantes que ya están inscritos tienen que actualizar la información de su archivo de salud como sea necesario.

A los estudiantes y sus familias no se les cobrará por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud.

Todos los niños/as que estén inscritos en los Centros de Salud serán atendidos sin importar si tienen seguro de salud o no.

Si su niño/a tiene seguro de salud (Asistencia Médica o seguro privado que participa con el Condado de Montgomery) se cobrará al seguro los servicios dados a sus hijos/as. Si su hijo/a no tiene seguro por favor indíquelo en su formulario de inscripción y un trabajador del Centro de Salud le ayudará a hacer una solicitud para el seguro de salud de Asistencia Médica, o Care for Kids.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Centro de Salud de la escuela de su hijo/a.



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

School Based Health and Wellness Centers

SBHWC Location:

Student ID #:

Student's Name _____ Home School _____ Grade _____

Date of Birth _____ Social Security # _____ - _____ - _____ Gender _____ Race/Ethnicity _____

Address _____ Home Phone _____

City _____ State _____ Zip Code _____ Student Phone _____

Country of Birth _____ Primary Language spoken at home _____

Student's Primary Health Care Provider _____ Phone _____

Parent/Guardian _____ Date of Birth _____ Phone # _____

Other Emergency Contact _____ Contact's Phone # _____

Contact's Relationship to Child _____

I give permission for my child, _____, to enroll in the School Based Health/Wellness Center (SBHWC). I consent to his/her receiving services which may include complete physical examinations, immunizations, treatment for chronic and acute health problems, health screenings, limited laboratory and diagnostic tests, administration/prescribing of medications, health education, case management and /or referrals to mental health and social services. I give permission for SBHWC health and mental health professionals and School Health Services staff to share information or records as needed to provide appropriate services to my child through the SBHWC and support my child's success in school.

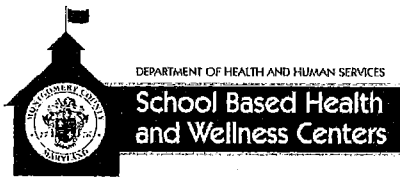
I understand:

- The parent/guardian may or may not be present at the time services are provided, but will be notified by phone or in writing when a child receives services in the School Based Health/Wellness Center (SBHWC).
- All SBHWC records are confidential and only the SBHWC staff and providers will have access to a child's SBHWC records and information, unless the parent/guardian gives written consent, or the minor patient gives written consent, in the event the minor is receiving treatment for which the minor has the authority to consent.
- At this time, Maryland law does not require parental consent or notification for the following services provided by the SBHWC: treatment or advice about drug abuse, alcoholism, sexually transmitted infections, pregnancy or contraception to minors under 18 years of age, and mental health services to minors age 16 years or older.
- Services at the SBHWC will be provided by staff employed by or contractors with Montgomery County Department of Health and Human Services.
- If my child has health insurance through an insurance company that participates with Montgomery County, the insurer will be billed for services given in the SBHWC and the insurer may be provided required information about the child's health status or other information necessary to process insurance claims.
- If my child does not have health insurance, I will indicate on my enrollment form and I will be contacted by SBHWC staff to assist in applying for Maryland Children's Health Program (HealthChoice) or Care for Kids coverage.
- I am authorizing any payment of medical benefits for services rendered in the SBHWC to be directed to Montgomery County.
- **All enrolled children will be seen regardless of their insurance status and I will not receive a bill for services provided in the SBHWC.**

I understand the description of services and policies of the SBHWC as stated above and give permission for my child to enroll and receive services in the SBHWC. I understand that this permission can be withdrawn at any time by submitting notice in writing.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

Print Name _____ Relationship to Student _____



Formulario de Inscripción

Ubicación del Centro de Salud: _____

#de ID del Estudiante: _____

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social ____ - ____ - ____ Sexo _____ Raza _____

Dirección _____ Teléfono de la Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono del estudiante _____

País de Nacimiento _____ Idioma _____

Nombre del proveedor de salud del estudiante _____ Teléfono _____

Padre de Familia/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Contacto de Emergencia _____

Relación del Contacto de Emergencia con el niño(a) _____ Teléfono _____

Doy mi permiso para que mi hijo/a, _____, se inscriba en el Centro de Salud (SBHWC). Doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios que pueden incluir examen físico completo, vacunas, tratamiento para problemas de salud agudos y crónicos, pruebas de laboratorio y exámenes simples, prescribir y/o administrar medicina, educación de salud, llevar y/o referir casos de salud mental y servicios sociales. Doy permiso para que los profesionales de salud, de salud mental y personal de Servicios de Salud de SBHWC puedan compartir información o registros que sean necesarios para proporcionar los servicios adecuados a mi hijo a través del SBHWC y apoyar el éxito de mi hijo en la escuela.

Yo entiendo que:

- El padre de familia/guardián puede o no estar presente cuando los servicios sean provistos, pero será notificado/a por teléfono o con una nota cuando el estudiante reciba servicios en el Centro de Salud.
- Todos los documentos del Centro de Salud son confidenciales y solamente el personal del Centro de Salud tiene acceso a ellos, a no ser que el padre de familia o apoderado de un consentimiento por escrito o el menor de un consentimiento por escrito en caso de que esté recibiendo un tratamiento para el cual él tiene autoridad para autorizarlo.
- En este momento, que la ley de Maryland no requiere consentimiento, notificación o consejo del padre de familia/apoderado para los siguientes servicios provistos por el Centro de Salud: tratamiento o consejería sobre el abuso de drogas, alcoholismo, infección de transmisión sexual, embarazo o contracepción para menores de 18 años de edad y servicios de salud mental a menores de 16 años de edad.
- Los servicios en el Centro de Salud serán proporcionados por personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery, o personas que tengan contrato con éste.
- Si mi hijo/a tiene seguro de salud que participa con el Condado de Montgomery, se puede cobrar al seguro por los servicios dados en el Centro de Salud y el seguro puede ser provisto de información requerida acerca del estado de salud del estudiante.
- Si mi hijo/a no tiene seguro de salud, yo lo indicare en el formulario de inscripción y usted será contactado por alguien del centro de salud para ayúdale a llenar la solicitud de Asistencia Médica o Care for Kids.
- Yo autorizo cualquier pago de beneficios médicos por los servicios administrados en el Centro de Salud del Condado de Montgomery.
- **Todos los niños que están inscritos con el programa serán atendidos sin importar si tienen cobertura médica y no se les cobrara por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud.**

Yo entiendo la descripción de los servicios y regulaciones del Centro de Salud mencionados arriba y doy permiso para que mi hijo/a se inscriba y reciba los servicios en el Centro de Salud. Yo entiendo que este permiso puede ser terminado en cualquier momento dando una nota por escrito.

Firma del Padre de Familia/Guardián _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación con el estudiante _____

Date Form Completed _____

SBHWC Location _____

**Montgomery County Department of Health and Human Services
School Based Health and Wellness Center**

Health Insurance Information

Student's Name _____
(last) (first) (middle)

School _____ Date of Birth _____

Name of Child's Doctor _____ Doctor's Phone Number _____

Date of Last Physical Exam _____

Please complete the information below. Please provide a copy of your insurance card. Your insurance company may be billed.

Parent/Guardian Name: _____ Date of Birth _____

Parent/Guardian Name: _____ Date of Birth _____

Number of Family Members _____ Family Income _____ weekly monthly yearly (please circle)

Does your child have health coverage? _____ Yes _____ No

If Yes, please check and complete one of the following:

My Child is enrolled in the Care For Kids Program PULS # _____

My Child has Medical Assistance (HealthChoice) *Complete below and attach a copy of HealthChoice card, if available*

Child's Medical Assistance Number _____

Child's Managed Care Organization _____

(If you have not selected an MCO, write "none")

My Child has private health insurance *Complete below and attach a copy of health insurance card, if available*

Name of Policy Holder _____

Relationship to Child _____

Social Security or ID Number of Policy Holder _____

Policy Holder's Place of Employment _____

Name of Insurance Company _____

Insurance Billing Address _____

All children will be seen regardless of their insurance status and will not receive a bill for services provided at the SBHWCs

PLEASE RETURN THIS FORM TO YOUR SCHOOL NURSE

Fecha _____ Nombre del Centro de Salud _____

**Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
Centro de Salud**

Información de Seguro de Salud

Nombre del Estudiante: _____
(apellido) (nombre) (Inicial)

Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Pediatra _____ Teléfono del Pediatra _____

Fecha del último examen físico _____

Por favor complete la siguiente información. Provea una copia de su tarjeta de seguro médico. Su seguro recibirá la cuenta.

Padre de Familia/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____

Padre de Familia/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de personas en la familia ____ Ingreso familiar anual _____ de semana, mes, año (favor de circular)

Tiene su niño/a seguro de salud? Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa, por favor, complete una de las siguientes opciones:

My hijo/a está inscrito/a con el Programa de Care For Kids PULS# _____

Mi hijo/a tiene Asistencia Médica (HealthChoice) Si puede incluya la copia de la tarjeta

Número de la tarjeta de Asistencia Médica _____

Nombre de la Organización que tiene su hijo/a _____
(Si no la tiene, ponga, "ninguna")

Mi hijo/a tiene seguro privado *Adjunte una copia de la tarjeta, si la tiene disponible*

Nombre de la persona que está a cargo del seguro _____

Relación con el niño/a _____

Número de seguro social o póliza de la persona que está a cargo _____

Lugar de empleo de la persona que tiene el seguro _____

Nombre de la Compañía Aseguradora _____

Dirección de Cobro de la Compañía Aseguradora _____

Todos los niños/as serán atendidos sin importar si tienen seguro médico y nos se les cobrará por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud de la escuela.

POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

SCHOOL BASED HEALTH AND WELLNESS CENTER

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> (circule)																																																																																																																																																																																																
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente: _____																																																																																																																																																																																																	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL																																																																																																																																																																																																	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____																																																																																																																																																																																																	
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD																																																																																																																																																																																																	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Asma</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>TB/Enfermedad del Pulmón</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>VIH/SIDA</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Intentos Suicidas/Problemas Mentales</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad del Corazón</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Presión alta/Derrame</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Colesterol Alto</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Alergias/Asma</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Desórdenes Mentales</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Defectos de Nacimiento</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pérdida de Audición</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas de habla</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedades Renales</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Abuso de Alcohol/ Droga</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de la Tiroide</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Violencia Doméstica</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otras: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de habla	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Abuso de Alcohol/ Droga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de la Tiroide	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Asma</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Varicela (año) _____</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Infecciones frecuentes de oído</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas de Audición/Infecciones de la Vista</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas de la Piel/Eczema</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Asma/Alergias</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>TB/Enfermedad del Pulmón</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones/Epilepsia</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión/Presión Alta</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad del Corazón/Defectos</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedades del Riñón/Vejiga</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas Físicos o de Aprendizaje</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Desórdenes de la Sangre/Hemofilia</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedades Transmitidas</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Sexualmente</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas Emocionales o de Comportamiento</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Depresión/Pensamientos Suicidas</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hospitalizaciones/Cirugías</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas en las Coyunturas/Huesos</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Obesidad/Trastornos Alimenticios</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otras: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lista de Medicamento/s que toma: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Varicela (año) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Infecciones frecuentes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de Audición/Infecciones de la Vista	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la Piel/Eczema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Asma/Alergias	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hipertensión/Presión Alta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón/Defectos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades del Riñón/Vejiga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas Físicos o de Aprendizaje	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes de la Sangre/Hemofilia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades Transmitidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Sexualmente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas Emocionales o de Comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Depresión/Pensamientos Suicidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hospitalizaciones/Cirugías	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas en las Coyunturas/Huesos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Obesidad/Trastornos Alimenticios	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____				Lista de Medicamento/s que toma: _____			
Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Convulsiones	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Desórdenes Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Problemas de habla	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Abuso de Alcohol/ Droga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Enfermedad de la Tiroide	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Otras: _____																																																																																																																																																																																																			
Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Varicela (año) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Infecciones frecuentes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Problemas de Audición/Infecciones de la Vista	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Problemas de la Piel/Eczema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Asma/Alergias	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Hipertensión/Presión Alta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Enfermedad del Corazón/Defectos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Enfermedades del Riñón/Vejiga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Problemas Físicos o de Aprendizaje	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Desórdenes de la Sangre/Hemofilia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Enfermedades Transmitidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Sexualmente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Problemas Emocionales o de Comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Depresión/Pensamientos Suicidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Hospitalizaciones/Cirugías	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Problemas en las Coyunturas/Huesos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Obesidad/Trastornos Alimenticios	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																																																
Otras: _____																																																																																																																																																																																																			
Lista de Medicamento/s que toma: _____																																																																																																																																																																																																			
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____																																																																																																																																																																																																	

SCHOOL BASED HEALTH and WELLNESS CENTER

Consent to Administer Over the Counter Medications to Enrolled Students

The medications listed below are stocked at the School Based Health and Wellness Centers. If your child is **enrolled** for services, he/she may be given one of these medications, if in the judgment of the school nurse or nurse practitioner they might be helpful. You will be notified by telephone or by note, if and when your child is given of these medications.

To give your permission for your child to take any of these medications, please check **YES** below. If you do not want your child to receive one or more of these medications, check **NO**.

ASPIRIN SUBSTITUTE (acetaminophen {Tylenol}) ____ YES ____ NO
-For fever greater than 100.4° and/or discomfort/pain.

ANTI HISTAMINE (Loratidine {Claritin}) ____ YES ____ NO
-for allergic reaction and/or nasal congestion.

ANTI HISTAMINE (diphenhydramine hydrochloride {Benadryl}) ____ YES ____ NO
-for allergic reaction and/or nasal congestion.

Child's Name _____ DOB ____ / ____ / ____ Grade _____

Parent/Guardian Signature _____ Date ____ / ____ / ____

**CENTRO DE SALUD ESCOLAR Y COLEGIO ENLACES DEL
APRENDIZAJE**

**Consentimiento para administrar medicina sin receta a los estudiantes que
han completado la hoja de inscripción**

Las medicinas mencionadas a continuación se encuentran en el Centro De Salud Escolar Y Colegio. Si su niño(a) está inscrito para los servicios, él o élla pueden recibir una de esas medicinas, si de acuerdo al juicio de la enfermera escolar/enfermera práctica éllas puedan se útiles. Usted será notificado por teléfono o por escrito, si se administro a su niño(a) una de esas medicinas.

Para dar permiso que su niño(a) tome cualquiera de estas medicinas, por favor marque **SI** en la parte de abajo. Si usted no desea que su niño(a) reciba una o más medicinas, ponga **NO**.

SUSTITUTO DE LA ASPIRINA (acetominofén {Tylenol}) ___ **SI** ___ **NO**
para fiebre mayor que 100.4° y/o dolor /incomodidad.

ANTIISTAMINICO (loratadina {Claritin}) ___ **SI** ___ **NO**
reacción alérgica y/o congestión nasal

ANTIISTAMINICO (hidrocloro de difenidramine {Benadryl}) ___ **SI** ___ **NO**

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Firma del padre/madre _____ Fecha ___ / ___ / ___ Grado _____



MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW YOUR HEALTH AND OTHER PERSONAL INFORMATION MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THIS CAREFULLY.

Our Services and Information We Collect

The Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) is a large, multi-service agency that provides health, mental health, substance abuse, child welfare, income support and other social services. To provide you with services, DHHS staff will ask you for personal information that they will keep in your records. This information may include:

- Information that identifies you, such as your name, address, telephone number, date of birth and social security number.
- Financial information, which includes information about your income, your bank accounts or other assets, and any insurance coverage that you have.
- Protected health information, which includes any information that tells us about your past, present or future health or mental health treatment.
- Information about benefits or services that you are receiving or have received.

Our Responsibilities

Federal and State laws protect the privacy of your health and other personal information and we will follow all of those laws. We will take reasonable steps to keep your information safe, and will use (share within DHHS) and disclose (share with persons outside of DHHS) your information only as necessary to do our jobs and as permitted or required by law. We are required to let you know if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your health information.

If we have a need to use or disclose your information for any reason other than those listed below, we will ask you for your written permission. You have a right to cancel any written permissions you have given to us. If you cancel your permission, the cancellation will not apply to uses and disclosures that we have already made based on your permission.

We are required by law to provide you with this notice and to follow it. We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on the DHHS website at www.montgomerycountymd.gov

How We May Use and Disclose Information *without* your Written Permission

- **For Treatment and Services:**
DHHS staff who work with you may use your health and other personal information as necessary to provide you with coordinated treatment and services. Examples:
 - If you are receiving health care from one of our clinics and want to apply for other services such as housing assistance or income supports, your case worker can help you access those services by making referrals and sharing eligibility information.



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DEL CONDADO DE MONTGOMERY
(NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)
NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y OTRA INFORMACIÓN PERSONAL, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEALA CON ATENCIÓN.

Nuestros servicios y la información que recabamos

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery (DHHS, por sus siglas en inglés) es una agencia muy grande que brinda multitud de servicios, incluyendo servicios de salud, salud mental, relativos al abuso de sustancias, al bienestar de menores, ayuda financiera y otros servicios sociales. A fin de brindarle estos servicios, el equipo del DHHS le pedirá datos personales que serán registrados en su expediente. Esta información puede incluir:

- Información que lo/la identifique, tal como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y número de seguro social.
- Información financiera, que abarca información sobre sus ingresos, sus cuentas bancarias y otros bienes, y la cobertura de seguro que tenga.
- Información de salud protegida, que incluye información que nos habla de su salud pasada, presente o futura, o de su tratamiento de salud mental.
- Información sobre los beneficios o servicios que usted recibe en la actualidad, o ha recibido en el pasado.

Nuestras responsabilidades

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de la información sobre su salud y otra información personal, y nosotros respetamos dichas leyes. Adoptaremos las medidas razonables para mantener protegida su información y utilizaremos (cuando compartimos dentro del DHHS) y divulgaremos (cuando compartimos con personas fuera del DHHS) su información, sólo cuando sea necesario para llevar a cabo nuestro trabajo y en la medida en que lo permita o exija la ley. Estamos obligados a informarle si ocurre una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información de salud.

Si nos resulta necesario utilizar o divulgar su información por motivos distintos de los enumerados más abajo, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene el derecho de suspender cualquier permiso escrito que nos haya otorgado. Si usted suspende su permiso, la suspensión no se aplicará a los casos en los que ya hayamos utilizado o divulgado su información de acuerdo con su permiso.

La ley nos exige que le proporcionemos esta notificación y que la respetemos. Podremos modificar los términos de esta notificación, y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible en nuestra oficina, cuando usted la solicite, y en el sitio Web del DHHS, www.montgomerycountymd.gov/hhs

De qué manera podemos utilizar y divulgar información *sin* su permiso escrito

- **Para tratamiento y servicios:**

El personal del DHHS que trabaja con usted puede utilizar su información médica y otra información personal cuando sea necesario para brindarle un tratamiento y servicios coordinados. Ejemplos:

 - Si usted se atiende en una de nuestras clínicas y desea solicitar otros servicios, tales como asistencia para la vivienda o apoyo financiero, su trabajador social le puede ayudar a

- If you are receiving more than one DHHS service, your case workers may communicate with one another to develop a coordinated service plan with you when appropriate.

If you receive behavioral health services from us:

- Your mental health records may be shared to provide you with treatment or services without your authorization, but we will only share information that is relevant to your treatment or service plan.
- We maintain one electronic health record for your health and behavioral health information so that our health care providers can make informed treatment decisions and coordinate your health care.
- Most sharing of psychotherapy notes will be done only with your written authorization. Psychotherapy notes are defined by law as notes created by a mental health professional that are kept separate from your health record. In general, our staff include all of their notes in your health record and do not maintain separate psychotherapy notes.
- We will not share your alcohol or substance abuse program records unless:
 - You have given us your written permission;
 - The disclosure is allowed by court order;
 - The disclosure is made to medical personnel in a medical emergency or to qualified personnel for research, audit or program evaluation;
 - We are sharing with someone who is providing services to you or our program, and we have an agreement in place to protect the information.
We have these agreements in place to allow your substance abuse program records to be shared with your DHHS health and behavioral health care providers.
- We will not share your information from our Abused Persons, Victim's Assistance and Sexual Assault Programs without your written permission except as permitted or required by law.

Some of our programs maintain records that are considered "education records" under the Family Education Rights and Privacy Act of 1974 ("FERPA"). We will not share information about you from these records with other service providers without your written permission unless it is necessary to address an emergency.

We will share your information with persons *outside* of our DHHS agency for treatment or services only with your written permission or as allowed by federal or State law. For example, federal and State laws permit our DHHS staff that provide you with health care to share your health information with outside health care providers who are also treating you.

DHHS has chosen to participate in the Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc. (CRISP), a regional health information exchange (HIE). As permitted by law, your health information may be shared with this exchange in order to provide faster access, better coordination of care and assist providers and public health officials in making more informed decisions. You may "opt out" and prevent searching of your health information available through CRISP by calling 1-877-952-7477 or completing and submitting an Opt Out form to CRISP by mail, fax or through their website at www.crisphealth.org. If you opt out of participation in CRISP, your health care providers will still be able to select the HIE as a way to receive your lab results, radiology reports, and other data sent directly to them that they may have previously

acceder a dichos servicios refiriéndolo a otras agencias de servicio y compartiendo información sobre su elegibilidad con esas agencias.

- Si usted recibe más de un servicio del DHHS, los trabajadores sociales que se ocupan de su caso se podrán comunicar entre sí a fin de elaborar un plan de servicio coordinado, junto con usted, cuando corresponda.

Si recibe servicios de salud mental de nosotros:

- Sus registros de salud mental podrán ser compartidos a fin de brindarle a usted tratamiento o servicios sin su autorización, pero únicamente compartiremos la información que sea relevante a su tratamiento o plan de servicios.
- Mantenemos un registro electrónico de salud, con información referente a su salud, y salud mental, de modo que nuestros proveedores de atención médica puedan tomar decisiones informadas de tratamiento y coordinar su atención médica.
- La mayoría de la divulgación de las notas de psicoterapia será llevada a cabo únicamente con su autorización por escrito. Las notas de psicoterapia son definidas por ley como notas creadas por un profesional de salud mental, que se mantienen separadas de su expediente de salud. En general, nuestro personal incluye todas sus notas en su expediente de salud y no mantienen notas separadas de psicoterapia.
- No compartiremos su expediente del programa de abuso de sustancias o alcohol a menos que:
 - Usted nos haya otorgado autorización por escrito;
 - La divulgación sea autorizada por una orden judicial de la corte;
 - La divulgación sea hecha al personal médico durante una emergencia médica, o a personal calificado con fines de investigación, auditoría o evaluación del programa;
 - Compartamos información con alguien que esté ofreciendo servicios a usted o a nuestro programa, y tengamos un acuerdo para proteger la información.
Llegamos a estos acuerdos para permitir que los expedientes del programa de abuso de sustancias sean compartidos con sus proveedores de atención médica y del comportamiento de DHHS.
- No compartiremos la información de nuestros programas de personas abusadas, ayuda a las víctimas y agresiones sexuales, sin su permiso por escrito, a menos que sea permitido o requerido por ley.

Algunos de nuestros programas mantienen expedientes que son considerados “expedientes educativos” según la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia de 1974 (FERPA, por sus siglas en inglés). No compartiremos información acerca de usted de estos expedientes con otros proveedores de servicio sin su permiso por escrito a menos que sea necesario para atender una emergencia.

Compartiremos su información con personas *externas* a la agencia del DHHS en caso de tratamiento o servicios, únicamente con su permiso escrito, o cuando así lo permitan las leyes federales o estatales. Por ejemplo, las leyes federales y estatales permiten a nuestro personal del DHHS que le brinda atención médica, que compartan la información sobre su salud con proveedores de atención médica externos que también se encargan de su tratamiento.

Para sus pacientes, DHHS ha elegido participar en el Sistema Informativo Regional de Chesapeake, Inc. (CRISP, por sus siglas en inglés), que es un servicio de “intercambio de información de salud” (HIE, por sus siglas en inglés) de esta región. Tal y como lo permita la ley, su información de salud podrá ser compartida con este “intercambio” a fin de ofrecer acceso más rápido, mejor coordinación de atención, y para asistir a los proveedores y funcionarios de salud pública a que tomen decisiones más informadas. Usted puede “excluirse voluntariamente” y prevenir búsquedas en su información de salud disponible a través de CRISP, llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de “Opt Out” (exclusión voluntaria) a CRISP por correo, fax o a través de su sitio Web, www.crisphealth.org. Si decide excluirse voluntariamente de su participación en CRISP, sus proveedores de atención médica aún podrán

received by fax, mail or other electronic communications. Legally mandated public health reporting, such as the reporting of infectious diseases to public health officials, will also occur through the HIE after you decide to opt out.

- **For payment:** We may use or disclose health and other personal information about you as necessary to obtain payment for health and mental health services received. For example, we may use your information to bill Medicaid or Medicare for treatment you received
- **For Health Care/Business Operations:** We may use or disclose your health and other personal information to manage our programs or activities. For example, DHHS staff or outside auditors may look at your case record to review the quality of services you received through our department.
- **For Appointments or Notifications:** We may need to contact you or your representative, to schedule or remind you of an appointment, to ask you to complete paperwork, to inform you about other related benefits or services that you may be interested in, or to reach you in an emergency.
- **To our Business Associates:** We have agreements with persons outside of DHHS that perform services on our behalf, or provide us with administrative and support services, such as financial or legal services, data analysis, and accreditation and quality assurance reviews. These persons are called business associates. We may disclose your information to business associates so that they can perform these services for us. However, we require our business associates to keep your information safeguarded.
- **To your Family, Friends and Others Involved in Your Care:** We may disclose your health information to your family or others who are involved in your medical care. For example, we may discuss your medical condition with your adult daughter or son who is arranging for your care at home. If you do not want us to share this information with your family, you can ask that we not do so. We will not share information about your mental health or substance abuse history or care with your family unless you give us written permission.
- **For Government Programs:** We may disclose health and other personal information about you to determine if you are eligible for other government benefits or programs such as Social Security benefits.
- **For Public Health Activities:** We may use or disclose health information about you for public health activities. For example, if you have been exposed to a communicable disease (such as a sexually transmitted disease), we may report it to the State and take other actions to prevent the spread of this disease.
- **For Health Oversight Activities:** We may disclose your information as required by law to other agencies who oversee our programs for oversight activities such as audits, inspections, investigations, and licensure.
- **For Abuse and Neglect Reports and Investigations:** We are required by law to report any cases of suspected abuse or neglect of children or vulnerable adults, including adults abused as children. Health and mental health providers are required by law to share information with adult and child protective services if the health/mental health care provider believes the information will contribute to the protective service investigation, assessment of risk, or service/safety plan.

seleccionar el HIE como un modo de recepción de resultados de pruebas de laboratorio, informes de radiología y otra información que les es enviada directamente, que ya haya sido recibido previamente por fax, correo u otra comunicación electrónica. Los informes de salud pública sobre los que existe un mandato legal, tales como los reportes de enfermedades infecciosas a los funcionarios de salud pública, también se darán a través del HIE una vez usted decida excluirse de manera voluntaria.

- **Para pago:** podemos utilizar o divulgar información sobre su salud y otra información personal cuando sea necesario para obtener el pago por servicios de salud y de salud mental que usted recibe. Por ejemplo, podemos utilizar su información para mandar cobros a Medicaid o a Medicare por el tratamiento que usted recibió.
- **Para atención médica/operaciones administrativas:** podemos utilizar o divulgar su información de salud y otra información personal a fin de administrar nuestros programas o actividades. Por ejemplo, el personal del DHHS o los auditores externos pueden leer su expediente para revisar la calidad de los servicios que usted recibe a través de nuestro departamento.
- **Para hacer citas o notificaciones:** puede ser necesario que nos comuniquemos con usted o su representante para programar o recordarle una cita, para solicitarle que llene formularios, para informarle sobre otros beneficios o servicios relacionados en los que pueda estar interesado, o para ponernos en contacto con usted en caso de emergencia.
- **Para nuestros asociados comerciales:** tenemos convenios con personas externas al DHHS, los cuales nos brindan servicios administrativos y de apoyo, tales como servicios financieros o jurídicos, análisis de datos y revisiones de acreditación y garantía de calidad. Estas personas se denominan asociados comerciales. Podemos divulgar su información a estos asociados a fin de que puedan llevar a cabo los servicios que les hemos solicitado. Sin embargo, exigimos a nuestros asociados comerciales que mantengan protegida su información.
- **Para su familia, amigos y otras personas que se ocupan de su atención:** podemos divulgar la información de salud a su familia o a otras personas que se ocupan de su atención médica. Por ejemplo, podemos discutir su estado médico con su hija o hijo mayor de edad que esté haciendo arreglos para su atención domiciliaria. Si usted no desea que compartamos esta información con su familia, puede solicitar que no lo hagamos. No compartiremos con su familia la información sobre su salud mental o sobre sus antecedentes o tratamiento por abuso de drogas a menos que usted nos otorgue una autorización por escrito.
- **Para programas del gobierno:** podemos divulgar información sobre su salud y otra información personal para determinar si usted es elegible para obtener otros beneficios o participar en otros programas del gobierno, como por ejemplo los beneficios del Seguro Social.
- **Para actividades de salud pública:** podemos utilizar o divulgar la información de salud acerca de usted para actividades de salud pública. Por ejemplo, si usted ha estado expuesto a una enfermedad transmisible (como por ejemplo una enfermedad de transmisión sexual), podemos informar al Estado y adoptar otras medidas para evitar la proliferación de esa enfermedad.
- **Para actividades de supervisión de los servicios de salud.** Podemos divulgar su información, como lo establece la ley, a otras agencias que supervisan nuestros programas cuando realizan auditorías, inspecciones, investigaciones, o para otorgar licencias.
- **Para reportes e investigaciones sobre abuso y abandono:** la ley nos exige que reportemos los casos de sospecha de abuso o abandono de menores o de adultos vulnerables, que incluye a los adultos que son víctimas de abuso tanto como los niños. A los proveedores de salud y de salud mental se les exige por ley compartir información con los servicios de protección de adultos y menores, si el proveedor de salud/salud

- **To Avoid Harm:** DHHS may disclose health and other personal information about you to law enforcement under certain conditions. For example, if you harm a member of our staff or another client, if you damage our property or if our professional staff believes that you are likely to cause serious harm to others or yourself, we will contact law enforcement. DHHS may also disclose your health and other personal information in case of a threat to the public, such as a terrorist attack or emergency disaster.
- **To Coroners, Funeral Directors, Medical Examiners and for Organ Donation:** DHHS may disclose health information relating to death to coroners, medical examiners and funeral directors and also to authorized organizations relating to organ, eye or tissue donations or transplants.
- **For Research Purposes:** We may use or disclose your health information for medical research purposes under certain circumstances. In some cases, your written permission will be needed. Research studies and reports will not identify people by name.
- **For Court proceedings:** We may be required by law or court order to provide information about you to the court. We may also share health information about you for workers' compensation claims.
- **As Required by Law:** If a law or regulation requires that we disclose your health or other personal information, we must do so.
- **Fundraising:** We generally do not engage in fundraising with our clients, but if we contact you for fundraising efforts, you can tell us not to contact you again.

Your Rights Regarding your Information

You have the right to:

- Obtain a copy of this notice. This notice is available in alternative format upon request.
- Ask us to contact you at a different location or to contact you by a different method than we routinely use. For example, you may ask that we contact you by phone or mail at work instead of at home.
- See, review and receive a copy of information we maintain about you. *You must make this request in writing* and you may be charged a fee to pay for the cost of copying your record. There are certain situations when we may not give you the right to review or obtain a copy of your records. If this happens, we will explain why. If we maintain your health information in an electronic record, you can also ask for your information in an electronic format.
- Ask us to correct information about you that you think is incorrect or incomplete. *You must do this in writing.* In some situations, we are not required to make the change. If we do not agree to make the change, we will explain why.
- Ask for a list (accounting) of the times we have disclosed your health information for six years prior to the date you ask. This listing will not include disclosures made for treatment, payment or health care operations purposes, or disclosures you have permitted us to make. *You must make this request in writing.*
- Request that we not share health information with a family member or others involved in your care.
- Request that we not share your information for a treatment/service, payment or health care operations purpose. *These requests must be made in writing.* We are not required to agree to

mental considera que la información contribuirá en la investigación de un servicio de protección, la evaluación de riesgos, o la creación de un plan de servicios o seguridad.

- **Para evitar daños:** en determinadas circunstancias, el DHHS puede divulgar su información de salud y otra información personal a personal de seguridad o policía. Por ejemplo, si usted lesiona a un integrante de nuestro personal o a otro cliente, si usted provoca daños a nuestra propiedad o si nuestro personal profesional cree que es probable que usted provoque daños graves a otros o a usted mismo, nos comunicaremos con personal de seguridad o la policía. DHHS también puede divulgar información de su salud y otra información personal en caso de amenaza pública, como un ataque terrorista o una catástrofe.
- **Para los médicos forenses, directores de funerarias, examinadores médicos o para donación de órganos:** DHHS puede divulgar información de salud relacionada con un fallecimiento a los médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, así como a las organizaciones autorizadas que se ocupan de donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
- **Para fines de investigación:** podemos utilizar o divulgar su información de salud para fines de investigación médica, en ciertas circunstancias. En algunos casos, será necesario su permiso escrito. En los estudios e informes de investigación no se identificará a las personas por su nombre.
- **Para procesos judiciales en la corte:** la ley o una orden judicial de la corte puede exigirnos que brindemos información sobre usted a una corte o tribunal. Asimismo, podemos compartir su información de salud en un caso de queja de compensación de los trabajadores.
- **Cuando lo exija la ley:** si una ley o reglamento exige que divulguemos su información de salud u otra información personal, debemos hacerlo.
- **Obtención de fondos:** generalmente no participamos de actividades de obtención de fondos con nuestros clientes, pero si lo(la) contactamos a usted para esfuerzos de obtención de fondos, nos puede decir que no lo(la) contactemos de nuevo.

Sus derechos con respecto a su información

Usted tiene derecho a:

- Tener una copia de esta notificación. Esta notificación está disponible en otros formatos, si es solicitada.
- Solicitarnos que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente del que utilizamos como rutina. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por teléfono o correo electrónico a su trabajo en lugar de hacerlo a su casa.
- Ver, revisar y recibir una copia de la información que mantenemos acerca de usted. *Usted debe formular esta solicitud por escrito* y se le podrá cobrar una cuota para cubrir el costo de fotocopiar su expediente. Existen algunas situaciones en las que no podemos otorgarle el derecho de revisar sus expedientes o de obtener una copia de los mismos. En estos casos, le explicaremos por qué. Si mantenemos su información de salud en un registro electrónico, usted también podrá pedir su información en formato electrónico.
- Solicitar que su información sea modificada (cambiada) si cree que la información con la que contamos es errónea o está incompleta. *Debe realizar este procedimiento por escrito.* En algunos casos, no se nos exige que hagamos la modificación. Si decidimos no hacer la modificación, le explicaremos por qué.
- Solicitar un resumen (un listado detallado) de las veces en que hemos divulgado su información por un periodo de seis años previos a la fecha de la solicitud. Este listado no incluirá los casos en que compartimos información con fines terapéuticos, de pago o de operaciones de cuidado de la salud, ni los casos en que divulgamos información con su permiso. *Debe formular este pedido por escrito.*
- Solicitar que no compartamos información médica con un miembro de su familia o con otras personas que se ocupan de su atención.
- Solicitar que no compartamos su información por un tratamiento/servicio, pago, u operación de atención médica. *Estas solicitudes deben formularse por escrito.* No estamos obligados a acceder a estas

these requests, but if we do, we must comply with the agreement, unless we need to disclose the information for your emergency treatment. If we cannot agree to your request, we will explain why.

- If you pay for a service or health care item out of pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will agree to comply with your request unless a law requires us to share that information.
- Require that we obtain your written permission if we want to sell your information or share your information for marketing purposes.
- File a complaint or report a problem if you feel we have violated your rights. We will not take any action against you for filing a complaint. To file a complaint or report a problem contact our Privacy Officer at the following address:

Privacy Officer
Montgomery County Department of Health and Human Services
401 Hungerford Drive
Rockville, MD 20850
240-777-3819 (Voice) 240-777-1398 (TTY)

If your complaint relates to your *health* information, you may also contact the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by calling 1-877- 696- 6775.

How to Make a Request

If you have questions about our privacy practices or want to make a request for any of the above, contact the staff person who is working with you, or our Privacy Officer at the address listed above. We ask that you use the *DHHS Client Request Form* for requests that must be made in writing. You can obtain the form from any DHHS office or by contacting our Privacy Officer.

Effective Date: This notice is effective on June 24, 2014.

solicitudes, pero si lo hacemos, debemos cumplir el acuerdo con usted, a menos que sea necesario divulgar la información para su tratamiento en una emergencia. Si no podemos aceptar su solicitud, le explicaremos por qué.

- Si paga por un servicio o artículo de atención médica totalmente de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos esa información para efectos de pago de nuestras funciones con su asegurador médico. Aceptaremos cumplir con su solicitud a menos que la ley nos exija compartir esa información.
- Solicitar que obtengamos su permiso por escrito si queremos vender su información o compartirla con fines comerciales.
- Presentar una queja o reportar un problema si usted siente que hemos violado sus derechos. No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja. Para presentar una queja o reportar un problema, póngase en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad en la siguiente dirección:

Funcionario de Privacidad
Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
401 Hungerford Drive
Rockville, MD 20850
240-777-3050 (voz) 240-777-1398 (TTY)

Si su queja tiene que ver con su información de *salud*, usted también podrá ponerse en contacto con el Funcionario de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, , llamando al 1-877-696-6775.

Cómo presentar una solicitud

Si usted tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o quiere solicitar cualquiera de las posibilidades presentadas arriba, comuníquese con el empleado de nuestro Departamento que trabaja con usted, o con nuestro Funcionario de Privacidad en la dirección que figura arriba. Por favor, utilice el *Formulario de Solicitud de Usuario del DHHS* para las solicitudes que deben presentarse por escrito. Puede obtener el formulario en cualquier oficina del DHHS o comunicándose con nuestro Funcionario de Privacidad.

Fecha de entrada en vigor: esta notificación entra en vigor el 24 de Junio de 2014.



Montgomery County Department of Health and Human Services Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page

What is the Notice of Privacy Practices?

We are required by law to provide you with a notice of our privacy practices. Our complete *Notice of Privacy Practices* is attached. The purpose of the *Notice* is to inform you about:

- Our legal obligation to protect your information.
- How we will share your information without your written permission.
- Rights that you have related to your information.
- Who you can contact to ask questions, make a request, or file a complaint.

How will we share your information?

Our Department provides a variety of health, income support and social services. To provide these services, we must ask you for personal information that may contain health, financial and other information that identifies you. We will keep your information safe and will only share it when the law permits us or requires us to do so. We will share your information as necessary to:

- Provide you with high quality and coordinated treatment and services.
Example: Communicating information between programs to make referrals, determine eligibility or develop a care plan;
- Obtain payment for services. Example: Billing Medicaid;
- Manage our services and programs. Example: Reviewing the quality of the services you receive.

The attached *Notice* lists other reasons why we may share your information. If we need to share your information for reasons that are **not** listed, we will ask for your written permission. You have other rights related to your information that are listed on page 4 of the *Notice*.

Contact Information:

If you have questions about our privacy practices, want to make a request related to your information, or have a privacy concern, contact the staff person who is working with you, or our Privacy Official at 240 777- 3050. Additional contact information is provided at the end of the *Notice*.

Acknowledgement of receipt of the complete *Notice*:

Client or Authorized Representative (Sign your name)

Date

Print your name

Signature of DHHS representative

Signature of interpreter/translator if applicable

If unable to get acknowledgement, specify why: _____



SPANISH

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
(Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page)
Síntesis y Página de Firma de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad

¿Qué es la Notificación sobre Prácticas de Privacidad?

La ley nos exige que le proporcionemos una notificación de nuestras prácticas sobre privacidad. Encontrará el texto completo de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad adjunto a la presente. El objeto de la *Notificación* es informarle sobre:

- nuestra obligación legal de proteger su información;
- la manera en que compartiremos su información sin su permiso escrito;
- los derechos que usted tiene con respecto a su información;
- con quién se puede comunicar usted para formular preguntas, presentar una solicitud o poner una queja.

¿Cómo compartiremos su información?

Nuestro Departamento brinda diversos servicios de salud, apoyo financiero y servicios sociales. Para poder brindarlos, debemos conocer su información personal que puede incluir datos sobre salud, financieros y de otra clase que lo/la identifiquen. A fin de mantener protegida su información sólo la compartiremos cuando la ley nos permita o nos exija hacerlo. Compartiremos su información cuando sea necesario para:

- Brindarle tratamiento y servicios coordinados, y de alta calidad.
Por ejemplo: comunicaremos información entre programas para referirlo(la) a otros servicios, establecer la elegibilidad o elaborar un plan de atención.
- Obtener pago por los servicios. Por ejemplo: mandar cobros a Medicaid.
- Administrar nuestros servicios y programas. Por ejemplo: revisar la calidad de los servicios que recibe.

La *Notificación* adjunta enumera otros motivos por los que podremos compartir su información. Si nos resulta necesario compartir su información por motivos que **no** están enumerados, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene otros derechos relativos a su información que se enumeran en la página 4 de la *Notificación*.

Con quién puede hablar para solicitar más Información:

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, desea hacer un pedido con relación a su información o tiene alguna duda o preocupación sobre su privacidad, comuníquese con el empleado de nuestro departamento que trabaja con usted o con el Funcionario de Privacidad al 240 777- 3050. Al final de la *Notificación* se incluye información adicional de a quién recurrir para solicitar más información.

Acuse de recibo del texto completo de la *Notificación*:

Cliente o Representante Autorizado (Firme en este espacio)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del representante del DHHS

Firma del intérprete / traductor, si corresponde

Si no puede acusar recibo, especifique el motivo: _____