

**Dr. Joel & Carol Bower**  
**Centro de Salud Ubicado en La Escuela**

**Recibo de Declaración del Acta de Privacidad**

**De acuerdo a los Standards de HIPPA de privacidad sobre Información de Salud Individualmente Identificable (La Norma de Privacidad), Basic High School/Nevada State College School Based Health Center:**

1. **Reunirá información que sea relevante y necesaria para llevar a cabo nuestro papel;**
2. **Explicará al momento que se tome la información, el porque se necesita y como será utilizada;**
3. **Se asegurará de que los records sean utilizados sólo por las razones determinadas, o se pedirá el permiso de la persona cuando su uso sea otro propósito que se considere necesario;**
4. **Proporcionará seguridad adecuada para proteger los archivos de acceso y divulgación no autorizadas;**
5. **Permitirá a los padres de familia inspeccionar los archivos que se mantengan sobre sus hijos y se les dará la oportunidad de corregir errores que existan en tales archivos.**
6. **Proporcionará los archivos a una entidad, doctor o institución médica para coordinar el cuidado;**
7. **Obtendrá información necesaria para confirmar sus beneficios de seguro;**
8. **Entregará información a su plan de salud si lo solicitan para servicios de cobros o administrativos;**
9. **Proporcionará los archivos cuando sean solicitados por usted o su representante;**
10. **Proporcionará los archivos a ciertas autoridades gubernamentales, según lo permita la ley, para investigar o regular asuntos relacionados a la salud, tales como abuso infantil, enfermedades transmisibles y medicinas recetadas;**
11. **Proporcionará aciertos abogados y partes en una demanda, si la condición médica de un paciente es un punto de la demanda;**

**La política de Basic High School/Nevada State College School Based Health Center es proteger la Privacidad de nuestros Pacientes (Información Privada de Cuidado de Salud) a la misma vez de proveerles con el cuidado más eficiente y efectivo posible.**

**Por favor certifique que ha leído y comprendido la declaración anterior y que comprende que para poder darle cuidado eficiente, cualquier archivo acerca de un problema de su salud será enviado a la entidad o médico a quien lo refiramos.**

**Nombre del Padre/Tutor en letra de molde** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_