POTOMAC RIVER CLINIC

Estimados padres o guardianes,

Gracias por su interés en la Clínica Potomac River. La información sobre nuestro programa se adjunta junto con los formularios que deben completarse y devolverse antes de su primera cita.

Incluya cualquier información de antecedentes relevantes o informes que puedan ayudarnos a comprender mejor a su hijo.

Toda la correspondencia debe enviarse por correo electrónico a intake@potomacriverclinic.org o enviarla a:

Coordinador de Admisiones
Clínica Potomac River
4880 MacArthur Blvd, NW
Washington, DC 20007

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros al 202-333-1403 o por correo electrónico a intake@potomacriverclinic.org

Sinceramente,

Meredith Ouellette
Directora de Servicios Clínicos
Potomac River Clinic

POTOMAC RIVER CLINIC

Historial de casos pediátricos

Información general

Nombre del cliente:	**Genero:** ☐Masculino☐Femenino ☐No-Binario☐Prefiero no revelar
Fecha de nacimiento:	
Direccion Postal:	**Pronombres:**☐El/El ☐Ella/Ella☐Ellos/Ellos ☐Otros:

Padre/Guardian 1	
Nombre	
Telefono	
E-mail	

Padre/Guardian 2	
Nombre	
Telefono	
E-mail	

¿Cómo se enteró de la Clínica Potomac River?: _____

Pediatra: _____ Teléfono del Pediatra #: _____

ENT Doctor : _____ ENT Telefono #: _____

Informacion de la Familia

Idioma (s) hablados en casa: _____

El niño vive con (marque todo lo que corresponda): ☐Padres; ☐hermanos;☐Otro: _____

Hermanos y otras personas que viven con el niño (nombres, parentesco, edad, comentarios):

Historial de Embarazo y Nacimiento

Dónde nació su hijo (es decir, nombre del hospital, centro de maternidad, parto en el hogar): _____

Por favor, marque lo siguiente que corresponda:

Complicaciones del embarazo ☐Si ☐No

Complicaciones del parto ☐Si ☐No

Parto prematuro ☐Si ☐No

¿Enfermedad/lesión materna durante el embarazo? ☐Si ☐No

¿Su hijo/a se sometió a cirugía después del nacimiento?☐Si ☐No

Si respondió “sí” a alguna de las anteriores, explique:

¿Estuvo su hijo en la UCIN (Unidad de cuidados intensivos) durante algún tiempo después del nacimiento?

☐Si ☐No Si la respuesta es "sí", ¿cuánto tiempo?:_____

¿Se realizó alguno de los siguientes procedimientos?

Oxigeno ☐Si ☐No

Luz ultravioleta ☐Si ☐No

>10 días Ventilación Mecánica ☐Si ☐No

>Tratamiento/ 7 dias de antibioticos ☐Si ☐No

Después del nacimiento, ¿experimentó su hijo algo de lo siguiente?

Problemas respiratorios ☐Si ☐No

Problemas de alimentación ☐Si ☐No

Ictericia ☐Si ☐No

Infections requiring medication ☐Si ☐No

en la cabeza, el cuello o las orejas ☐Si ☐No

Si respondió “sí” a alguna de las anteriores, explique:

POTOMAC RIVER CLINIC

Historial médico

¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes:

Alergias	☐Si	☐No	Hospitalización	☐Si	☐No
Asma	☐Si	☐No	Traumatismo/lesión en la cabeza	☐Si	☐No
Varicela	☐Si	☐No	Problemas de riñón	☐Si	☐No
Cancer	☐Si	☐No	Meningitis	☐Si	☐No
Infecciones de oído	☐Si	☐No	Sarampión	☐Si	☐No
Cirugía de orejas	☐Si	☐No	Paperas	☐Si	☐No
Antecedentes familiares de pérdida auditiva	☐Si	☐No	exposición al ruido	☐Si	☐No
			convulsiones	☐Si	☐No
Antecedentes familiares de ceguera nocturna	☐Si	☐No	Problemas de la vista	☐Si	☐No
			Otro (por favor explique)	☐Si	☐No

Si respondió “sí” a alguna de las anteriores, explique:

Enumere cualquier medicamento recetado o de venta libre que esté tomando su hijo y por qué motivo:

Historia del habla y el lenguaje

¿Tiene preocupaciones sobre el habla y el lenguaje de su hijo? ☐Si ☐No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Cómo se comunica su hijo con usted? _____

¿Su hijo suele usar gestos cuando se comunica? ☐Si ☐No

Aproximadamente a qué edad su hijo:

Seguia instrucciones simples:_____

Dijo su primera palabra: _____

Puso dos palabras juntas: _____

¿Cuántas palabras actuales usa su hijo constantemente?: _____

¿El habla de su hijo es entendida por:

Padres	☐Si	☐No
Hermanos	☐Si	☐No
Oyentes menos familiares	☐Si	☐No

¿Se ha evaluado el habla y el lenguaje de su hijo? ☐Si ☐No

En caso afirmativo, adjunte una copia de los resultados anteriores y complete la información a continuación.

Nombre de la clínica _____

Terapista _____

Dia del examen _____

¿Está su hijo actualmente recibiendo terapia del habla? ☐Si ☐No

En caso afirmativo, dónde y con qué frecuencia: _____

POTOMAC RIVER CLINIC

Historia auditiva/audiológica

¿Tiene preocupaciones sobre la audición de su hijo? ☐Si ☐No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Su hijo responde consistentemente a su voz? ☐Si ☐No

¿Responde su hijo a ruidos fuertes? ☐Si ☐No

¿Pasó/refirió su hijo el examen de audición para recién nacidos?

Oreja izquierda ☐Paso ☐Referir

Oreja derecha ☐Paso ☐Referir

Si seleccionó "Referir", ¿se volvió a evaluar la audición de su hijo? ☐Si ☐No

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados?

¿Su hijo ha tenido una evaluación auditiva completa antes? ☐Si ☐No

En caso afirmativo, adjunte una copia de los resultados e indique lo siguiente a continuación: nombre de la clínica, audiólogo, fecha de la prueba y resultados:

Audífonos

Si su hijo usa audífonos (HA), complete la siguiente sección. Si no, salte.

Oreja derecha		**Oreja izquierda:**	
Fecha de ajuste/coneccion:		Fecha de ajuste/coneccion:	
Audiologo:		Audiologo:	
Clinica:		Clinica:	
Fabricante del audífono:		Fabricante del audífono:	
Modelo del audifono:		Modelo:	
Fecha de la última programación:		Fecha de la última programación:	

Implantes cocleares

Si su hijo usa implantes cocleares (IC), complete la siguiente sección. Si no, salte.

Oreja derecha		**Oreja izquierda**	
Centro de implantes:		Centro de implantes:	
Fecha de la cirugía:		Fecha de la cirugía:	
Cirujano:		Cirujano:	
Fecha de activación:		Fecha de activación:	
Audiologo:		Audiologo:	
CI Fabricante:		CI Fabricante:	
CI Procesador:		CI Procesador:	
Dispositivo interno:		Dispositivo interno:	
Fecha de la última programación:		Fecha de la última programación:	

POTOMAC RIVER CLINIC

Desarrollo motor

Escriba la edad aproximada cuando ocurrió lo siguiente:

Sentarse: _____ Correr: _____

Gatear: _____ Biberón descontinuado/Lactancia materna: _____

Caminar: _____ Alimentarse con los dedos/manos: _____

Historia cognitiva/conductual

Su hijo:

¿Juega/interactúa bien con otros niños? ☐Si ☐No

Have attention/concentration difficulties? ☐Si ☐No

Have sleep difficulties? ☐Si ☐No

Servicios educativos

¿Su hijo asiste a la guardería/preescolar/escuela? ☐Si ☐No

Nombre de la escuela o programa: _____ Grado: _____ Condado: _____

¿Ha tenido su hijo una evaluación del desarrollo? ☐Si ☐No

¿Recibió/recibe su hijo servicios de intervención temprana? ☐Si ☐No

¿Recibió/recibe su hijo/a servicios de educación especial? ☐Si ☐No

Si la respuesta es "sí", explique los resultados/servicios:

información adicional

¿Tiene alguna otra preocupación acerca de su hijo? ☐Si ☐No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Enumere los especialistas que trabajan con su hijo, si corresponde:

<u>Declaración de política no discriminatoria</u>

La Clínica Potomac River admite a niños de cualquier raza, color y origen nacional o étnico a los derechos, privilegios, programas y actividades que ofrece.

La siguiente información es opcional y se utiliza para recopilar datos estadísticos.

Raza del niño (opcional): _____

Etnicidad del niño (opcional): _____

POTOMAC RIVER CLINIC

INFORMACIÓN DEL SEGURO y POLÍTICAS DE FACTURACIÓN

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo asignado al nacer: ☐Masculino ☐Femenino

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO, incluidos el anverso y el reverso

Seguro	Primario	Secundario
Nombre de empresa de seguro:		
Nombre del asegurado:		
Fecha de nacimiento del asegurado:		
Dirección postal del seguro médico:		
Identificación de miembro #:		
Grupo #:		
Número de teléfono del proveedor:		

FACTURACIÓN

Los servicios se facturan mensualmente y se pueden pagar en efectivo, con cheque o con tarjeta de crédito. Se agregará un cargo de servicio de $25 por cualquier cheque devuelto. La Clínica Potomac River facturará a las compañías de seguros a su nombre. La Clínica Potomac River se reserva el derecho de rescindir un contrato por falta de pago o pago atrasado repetido.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Si no cancela una cita 24 horas antes de su cita programada, se le facturará el monto total de la visita. Si su hijo se enferma inesperadamente (por ejemplo, durante el día escolar), notifíquenos de inmediato para que la ausencia se considere justificada. Nuestra política de cancelación nos permite brindar atención de calidad, mantener nuestros cargos razonables y retener a nuestro excelente personal.

POLÍTICA DE CIERRE POR NIEVE Y EMERGENCIA

La Clínica Potomac River seguirá la política de inclemencias del tiempo del River School.

POLÍTICA DE SUSPENSIÓN Y TERMINACIÓN

La Clínica Potomac River se reserva el derecho de suspender los servicios en cualquier momento ya su discreción. **Lea atentamente y firme a continuación**. Autorizo a La Clínica Potomac River a facturar directamente a mi/nuestro seguro por los servicios y/o equipo médico duradero (DME) prestado. Entiendo que si no se recibe un pago del seguro dentro de los 90 días posteriores a la facturación, la Clínica Potomac River me facturará el monto, que vencerá de inmediato. Si pago los cargos y se recibe un pago del seguro en una fecha posterior, la Clínica Potomac River acreditará mi cuenta y emitirá un reembolso. Entiendo que, bajo ciertas circunstancias, los servicios pueden suspenderse hasta que se liquide una cuenta vencida.

Firma del Cliente o Padre/Guardian: _____

Nombre (Firma): _____ Fecha de hoy: _____

POTOMAC RIVER CLINIC

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestro deber legal

Nosotros, Potomac River Clinic, estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de la información de salud protegida de su hijo. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a la información de salud protegida de su hijo. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 1 de julio de 2021 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso efectivos para toda la información de salud protegida que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso (o cualquier aviso revisado posterior) en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso.

Usos y divulgaciones de la información de salud protegida

Usaremos y divulgaremos la información de salud protegida de su hijo para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de la información médica protegida de su hijo que pueden ocurrir. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos la información de salud protegida de su hijo para proporcionar, coordinar o administrar la atención médica de su hijo y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de la atención médica de su hijo con un tercero. Por ejemplo, divulgaremos la información de salud protegida de su hijo, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que brinde atención a su hijo. También divulgaremos la información de salud protegida de su hijo a otros médicos que puedan estar tratando a su hijo. Por ejemplo, la información de salud protegida de su hijo se puede proporcionar a un médico al que usted y su hijo hayan sido remitidos, para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar a su hijo.

Además, podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (p. ej., un especialista o un laboratorio) que, a pedido de su médico, se involucre en el cuidado de su hijo brindando asistencia con su el diagnóstico o tratamiento de atención médica de su hijo a su médico.

Pago: La información de salud protegida de su hijo se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica de su hijo. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que recomendamos para su hijo, cómo: determinar la elegibilidad o la cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios prestados a su hijo para necesidad de salud y emprender actividades de revisión de utilización.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, la información médica protegida de su hijo para llevar a cabo ciertas actividades comerciales y operativas. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes, otorgamiento de licencias y realización o arreglo de otras actividades comerciales.

Por ejemplo, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre como padre o tutor de su hijo. También podemos llamarlo a usted y/o a su hijo por su nombre en la sala de espera cuando el médico de su hijo esté listo para verlos a usted y a su hijo. Podemos usar o divulgar la información de salud protegida de su hijo, según sea necesario, para comunicarnos con usted por teléfono o enviarle un recordatorio por correo con respecto a la cita de su hijo.

Compartiremos la información de salud protegida de su hijo con "socios comerciales" de terceros que realizan diversas actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción) para nuestra práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial involucre el uso o la divulgación de la información de salud protegida de su hijo, tendremos un contrato por escrito que contenga términos que protegerán la privacidad de la información de salud protegida de su hijo.

Podemos usar o divulgar la información de salud protegida de su hijo, según sea necesario, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés y la salud o el tratamiento de su hijo. También podemos usar y divulgar la información de salud protegida de su hijo para otras actividades de marketing. Por ejemplo, el nombre y la dirección de su hijo pueden usarse para enviarle un boletín informativo sobre nuestra práctica y los servicios que ofrecemos. También podemos enviarle información sobre productos o servicios que creemos que pueden ser beneficiosos para su hijo. Puede comunicarse con nosotros para solicitar que no le enviemos estos materiales.

Usos y divulgaciones basados en su autorización por escrito: otros usos y divulgaciones de la información de salud protegida de su hijo se realizarán solo con su autorización, a menos que la ley permita o exija lo contrario, como se describe a continuación.

Puede darnos una autorización por escrito para usar la información de salud protegida de su hijo o para divulgar a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. Sin su autorización por escrito, no divulgaremos la información de atención médica de su hijo, excepto como se describe en este aviso.

Otras personas involucradas en su atención médica: a menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, la información médica protegida de su hijo que se relacione directamente con la participación de esa persona en la salud de su hijo. cuidado. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información

según sea necesario si determinamos que es lo mejor para su hijo según nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar información de salud protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable del cuidado de su hijo sobre su ubicación, condición general o muerte.

Comercialización: podemos usar la información de salud protegida de su hijo para contactarlo con información sobre alternativas de tratamiento que pueden ser de interés para usted y su hijo. Podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo a un socio comercial para que nos ayude en estas actividades. A menos que la información se le proporcione a través de un boletín informativo general o en persona, o sea para productos o servicios de valor nominal, puede optar por no recibir más dicha información comunicándose con nosotros utilizando la información que se detalla al final de este aviso.

Investigación; Muerte; Donación de órganos: podemos usar o divulgar la información de salud protegida de su hijo con fines de investigación en circunstancias limitadas. Podemos divulgar la información de salud protegida de una persona fallecida a un médico forense, examinador de salud protegido, director de una funeraria u organización de obtención de órganos para ciertos fines.

Salud y seguridad públicas: podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de su hijo, o la salud o la seguridad de los demás. Podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo a una agencia gubernamental autorizada para supervisar el sistema de atención médica o los programas gubernamentales o sus contratistas, y a las autoridades de salud pública con fines de salud pública.

Supervisión de la salud: podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

Abuso o negligencia: podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo si creemos que su hijo ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad o agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se hará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

Administración de Alimentos y Medicamentos: podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo a una persona o empresa requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar eventos adversos; defectos o problemas del producto o desviaciones biológicas del producto; rastrear productos; para permitir la retirada de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; o para realizar vigilancia posterior a la comercialización, según se requiera.

Actividad delictiva: de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo si creemos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información de salud protegida si es necesario para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o detengan a una persona.

Requerido por la ley: podemos usar o divulgar la información de salud protegida de su hijo cuando la ley así lo exija. Por ejemplo, debemos divulgar la información de salud protegida de su hijo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a pedido para determinar si cumplimos con las leyes federales de privacidad. Podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo cuando lo autoricen las leyes de compensación laboral o leyes similares.

Proceso y procedimientos: podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, en determinadas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, una orden judicial o una citación del gran jurado, podemos divulgar la información de salud protegida de su hijo a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar información limitada a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con respecto a la información de salud protegida de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos divulgar la información de salud protegida de un preso u otra persona bajo custodia legal a un oficial de la ley o institución correccional bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar información de salud protegida cuando sea necesario para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a capturar a una persona que haya admitido su participación en un delito o haya escapado de la custodia legal.

Derechos del paciente

Acceso: tiene derecho a ver u obtener copias de la información de salud protegida de su hijo, con excepciones limitadas. Debe realizar una solicitud por escrito a la persona de contacto que se indica en este documento para obtener acceso a la información de salud protegida de su hijo. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección indicada al final de este aviso. Si solicita copias, le cobraremos $25.00 por cada página o $10.00 por hora para ubicar y copiar la información de salud protegida de su hijo, y el franqueo si desea que le enviemos las copias por correo. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de la información de salud protegida de su hijo por una tarifa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de las instancias en las que Potomac River Clinic o nuestros socios comerciales divulgaron la información de salud protegida de su hijo para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades después del 14 de abril de 2003. Después del 14 de abril de 2009, se le proporcionará la contabilidad de los últimos seis (6) años. Le proporcionaremos la fecha en la que hicimos la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos la información de salud protegida de su hijo, una descripción de la información de salud protegida que divulgamos, el motivo de la divulgación y algunos otros información. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Solicitudes de restricción: tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de la información de salud protegida de su hijo. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia). Cualquier acuerdo que podamos hacer con respecto a una solicitud de restricciones adicionales debe ser por escrito y firmado por una persona autorizada para hacer dicho acuerdo en nuestro nombre. No estaremos obligados a menos que nuestro acuerdo se haga constar por escrito.

Comunicación confidencial: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre la información de salud protegida de su hijo por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Debemos atender su solicitud si es razonable, especifica los medios alternativos o la ubicación y continúa permitiéndonos facturarle y cobrarle el pago.

Modificación: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos la información de salud protegida de su hijo. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que desea modificar o por otras razones. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se adjuntará a la información que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas o entidades que usted nombre, de la modificación e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Aviso electrónico: si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este aviso por escrito. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener este aviso por escrito.

Preguntas y Quejas

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros utilizando la información a continuación. Si cree que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica protegida o en respuesta a una solicitud que realizó, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto a continuación. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si lo solicita.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de la información de salud protegida de su hijo. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Meredith S. Ouellette, Privacy Officer, La Clinica Potomac River
4880 MacArthur Blvd., NW
Washington, DC 20007
(202) 337-3554

POTOMAC RIVER CLINIC

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PÁGINA DE FIRMA

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, he recibido el Aviso de prácticas de privacidad que me ha dado Potomac River Clinic. Si tengo alguna pregunta o inquietud, me doy cuenta de que puedo comunicarme con Meredith Ouellette, Oficial de privacidad de Potomac River Clinic, al 202-333-1403.

_____ _____

Firma Dia