



The Cindy and Tod Johnson Center For
Pediatric Feeding Disorders

The Cindy and Tod Johnson Center for Pediatric Feeding Disorders

29-01 216th Street
Bayside, NY 11360
Phone: 718 281-8541
Fax: 718 281-8505

Estimado(s) cuidador(es),

Gracias por su reciente consulta sobre The Cindy and Tod Johnson Center for Pediatric Feeding Disorders. Se adjunta una aplicación que debe ser completado y devuelto para recibir una cita de evaluación de alimentación. Porfavor completé la solicitud y devuélvala al centro de alimentación junto con la tabla de crecimiento y los registros médicos pertinentes. Además, se debe obtener una carta de necesidad médica de su pediatra o médico GastroIntrológico. Una vez que hayamos recibido toda la documentación necesaria, lo llamaremos para programar la evaluación de alimentación.

Toda la siguiente documentación debe ser recibido por el centro antes de poder programar la cita:

- Paquete de solicitud completo
- Acción de los padres a la hora de comer
- Gráficos de crecimiento con medidas: (Peso para la edad; Longitud para la edad; Peso para la longitud; Circunferencia de la cabeza para la edad)
- Carta de necesidad médica
- Cartilla de vacunación
- Aviso de prácticas de privacidad (última página firmada)
- HIPAA
- Consentimiento de fotografía
- Diario de alimentos de un día
- Breve grabación de la hora de comer de su hijo/hija

Si es aplicable:

- Informes de gastroenterología: gastrointestinal superior, endoscopia, estudio de deglución, esofagograma
- Resultados de sangre y/o biopsia
- Informe del alergólogo
- Informe del neumólogo
- Registro de Hospitalizaciones o cualquier otro procedimiento médico
- Intervención rápida
 - IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual)
 - Terapeuta de intervención temprana (habla, terapia ocupacional, terapia física, asesoramiento, educación especial) Evaluaciones
 - Informes trimestrales de intervención temprana
- Informes de servicios relacionados con la escuela
- Plan de intervención conductual (BIP) e informes de progreso relacionados
- Resonancias magnéticas o tomografías computarizadas

Toda la información se puede enviado por fax, por correo electrónico o por correo postal al centro. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, llame a la coordinadora del programa al (718) 281-8541 o envíe un correo electrónico a feedingadmin@stmaryskids.org.

SOLICITUD DEL PACIENTE (para niños menores de 12 meses)

Por favor complete el siguiente formulario de admisión. Marque no aplicable si la pregunta no se aplica a su hijo/hija

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN:

Fecha: _____

Paciente (Apellido): _____ (Primer nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: Masculino femenina

Nombre de la cuidadora: _____ Relación: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro Social del paciente: _____/_____/_____

Método preferido de comunicación: Teléfono de casa Teléfono celular Correo electrónico

Tipo de servicio preferido: Terapia en vivo -Bayside, NY Camera/Zoom

Recomendado por: _____ Idioma preferido: _____

¿Recibe su hijo/hija actualmente o ha recibido anteriormente servicios del Sistema de atención médica de St. Mary's?

SÍ NO En caso afirmativo, explique: _____

Origen étnico (o raza): especifique el origen étnico de su hijo/hija

Blanco Afroamericano Latino o Hispano Indio Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Asiática Otro

Miembros de la familia

Enumere todas las personas que viven en su hogar:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación con el niño/niña</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Educación</u>

Información del seguro

Nombre del seguro primario: _____

Número de póliza: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Tipo de póliza: _____

Seguro Secundario : _____

Número de póliza: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Tipo de póliza: _____

Información del Servicio Terapéutico :

Persona de contacto en la institución educativa: (coordinador de intervención rápida)_ _____

Número de teléfono de contacto: _____

Número de fax de contacto: _____

Dirección de contacto: _____

Enumere servicios y mandatos terapéuticos: _____

Nombres y números de los terapeutas: _____

Información de guardería :

Nombre de daycare: _____

Persona de contacto en el daycare: _____

Número de teléfono de contacto: _____

Número de fax de contacto: _____

Dirección de contacto: _____

Información del médico

Médico de atención primaria : _____

Dirección del doctor primaria: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono del doctor primaria: _____

Número de fax del doctor primaria: _____

Gastroenterólogo: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono de gastroenterólogo: _____

Número de fax de gastroenterólogo: _____

Especialista: _____

Dirección del especialista: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono del especialista: _____ Número de fax del especialista: _____

Especialista: _____

Dirección del especialista: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono del especialista: _____ Número de fax del especialista: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO :

¿A las cuantas semanas nació el bebé? (por ejemplo: 40 semanas es término completo)

¿En cual hospital? _____

¿Cuánto pesó su bebé al nacer? _____ Altura: _____

Nacido vía: Vaginal cesárea

¿Tuvo alguno de los siguientes problemas con: embarazo, trabajo de parto o parto?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prematuro | <input type="checkbox"/> Eclampsia/Preeclampsia |
| <input type="checkbox"/> Ultrasonido anormal | <input type="checkbox"/> Infección | |
| <input type="checkbox"/> Otra razon: _____ | | |

¿Ingresó su bebé a la Unidad de cuidado intensivo neonatal _____

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo estuvo allí? _____

¿Tuvo su bebé alguno de los siguientes problemas en el daycare?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico (GERD) | <input type="checkbox"/> Ventilacion mecanica | <input type="checkbox"/> Displasia broncopulmonar (BPD) |
| <input type="checkbox"/> Apnea | <input type="checkbox"/> terapia CPAP | <input type="checkbox"/> Enterocolitis necrotizante (ECN) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación y crecimiento | | |
| <input type="checkbox"/> Alimentación por tubo | | |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia intraventricular (sangre en el cerebro) | | |
| <input type="checkbox"/> Otra razon: _____ | | |

Por favor describa:

HISTORIA GENERAL:

Historial de alimentación:

¿Su hijo/hija fue amamantado, alimentado con biberón o otro? (Anote cualquier problema)

Cuando era un bebé, ¿su hijo/hija cambió a una fórmula diferente? Sí o no
En caso afirmativo, enumere cuáles y cómo se toleraron.

A medida que su hijo/hija crecía, ¿toleró volúmenes más grandes de fórmula de leche/leche materna?

¿A qué edad comió su hijo/hija cereal para bebés o comida para bebés? (Anote cualquier problema)

¿A qué edad comenzó su hijo/hija a comer alimentos sólidos/masticables? (Anote cualquier problema)

¿A qué edad hizo su hijo/hija la transición de la fórmula para bebés a la leche o equivalente? (Anote cualquier problema)

¿Su niño/niña ha recibido terapia de alimentación? Si la respuesta es sí, ¿quién fue la terapeuta?
¿Su hijo/hija progresó?

Hitos del desarrollo:

¿A qué edad su hijo/hija:

Se sentó _____

Gateó _____

Se puso de pie _____

Caminó _____

Balbucear _____

Dijo una sola palabra _____

Sigió instrucciones simples (es decir, aplaudir) _____

HISTORIAL MÉDICO

Enumere cualquier hospitalización o enfermedad importante: (incluya fechas)

Indique cualquier cirugía o procedimiento ambulatorio:

ATENCIÓN PEDIÁTRICO:

¿ Están actualizadas las vacunas de su hijo/hija ? Sí No

por favor explique _____

¿Su hijo/hija tiene actualmente, o ha tenido su hijo/hija, así como antecedentes de cualquiera de los siguientes problemas? Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s).

Actual	Anterior	Historia familiar (especificar)	Tipo de problema	Actual	Anterior	Historia familiar (especificar)	Tipo de problema
			Precocidad				Reflujo gastroesofágico
			Retraso del desarrollo o del habla				Constipación crónica
			ADHD o ADD				Diarrea crónica
			Lesión cerebral traumática				Alergias a los alimentos
			Trastorno convulsivo				Intolerancia a la lactosa
			Asma o enfermedad pulmonar crónica				Trastorno genético
			Desorden endocrino				Condición cardíaca
			Trastorno de ansiedad o OCD				Diabetes, Tipo I o Tipo II
			Parálisis cerebral				Vaciamiento gástrico retardado
			Espina bífida				Alimentación por tubo (G, NG, J)
			Fracaso para prosperar				Nefropatía
			Paladar o labio leporino				traqueomalacia
			Discapacidad visual				laringomalacia
			La discapacidad auditiva				Autismo, PDD o Asperger
			Discapacidad de aprendizaje				Neumonía
			Desorden metabólico				Enfermedad del hígado
			Otro:				Otro:

¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas médicas?

- Serie Gastrointestinal Superior (GI)
- estudio de golondrina (MBS o FEES)
- Tomografía computarizada de la cabeza (CAT)
- Endoscopia
- Tubo de pH
- Pruebas genéticas (cromosómicas)
- Resonancia magnética de la cabeza (MRI)
- Película/radiografía de la edad de hueso
- Pruebas de alergia
- Otra _____

Enumere las pruebas médicas realizadas en el último año:

(es decir, gastrointestinal superior, MBS, honorarios, rayos X, MRI, visión, audición, cardíaco, pulmonar)

*** Envíe TODOS los resultados de las pruebas antes de su cita con nosotros.

Enumere TODOS los medicamentos y dosis actuales:

Enumere todas las alergias/intolerancias conocidas (es decir, alimentos, medicamentos, materiales):

¿Tiene su hijo/hija actualmente algún problema GI? Sí No

Si su hijo/hija vomita, en promedio, ¿cuál es el volumen de vómito por episodio?

¿Cuándo se producen los vómitos? (es decir, en las comidas, después de las comidas, cuando está molesto/(a))

¿Cuántas veces al día hace su hijo/hija número dos cuando va al baño? _____

¿Especifique la texturas: (suave, líquida, blandadas, formadas, duras, como guijarros) _____

¿Su hijo/hija muestra signos y síntomas de dolor abdominal? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y asociado a qué?

¿Con qué frecuencia experiencia su hijo problemas de diarrea o estreñimiento?

Si tiene vómito, diarrea o estreñimiento, ¿qué tratamientos han recomendado sus médicos?

INFORMACIÓN NUTRICIONAL:

¿Ve su hijo/hija actualmente a un dietista/nutricionista? Sí No

En caso afirmativo, nombre: _____

Peso más reciente de su niño/nina: _____

Longitud: _____

Fecha tomada: _____

¿Toma su hijo/hija vitaminas o suplementos?: Sí No

Por favor enumere: _____

El apetito de su hijo/hija se describe mejor como:

Pobre Justo Bueno Excelente Come demasiado

ALIMENTACIÓN POR TUBO:

¿Ha tenido su hijo alguna vez?

- Tubo de gastrostomía (**G**)
- Tubo de yeyunostomía (**J**)
- Tubo nasogástrico (**NG**)
- Tubo de gastrostomía y yeyunostomía (**GJ**)
- Tubo de nasoyeyunal (**NJ**)

Fechas de uso: desde: _____ hasta: _____

Su hijo/hija tiene actualmente:

- Tubo G Tubo J Tubo NG Tubo NJ Tubo GJ

Nombre de la fórmula: _____

¿Cuántas calorías por onza tiene la fórmula? _____

Si recibe alimentación continuada:

Cuánto por hora: _____

Duración de la alimentación (¿hora de inicio/hora de finalización?) _____

Si recibe alimentaciones por el tubo:

¿Qué es el horario? _____

Volumen _____

¿Cuánto tiempo tarda la alimentación? _____

¿Que es la velocidad? _____

¿Ha tenido su hijo/hija dificultad para aumentar de peso con el horario de alimentación por tubo? Sí No

¿Cuánto tiempo ha estado su hijo/hija en este régimen? _____

¿Cuántas veces al día vomita su hijo/hija durante o dentro de una hora después de la alimentación por tubo?

- 0 veces 1-3 veces 4-6 veces 7-9 veces 10 o más veces

¿Cuántas veces a la semana su hijo/hija tiene náuseas o mordaza durante o dentro de una hora después de la alimentación por tubo?

- 0 veces 1-3 veces 4-6 veces 7-9 veces 10 o más veces

¿Cuántas veces a la semana llora su hijo/hija durante o dentro de una hora después de la alimentación por tubo?

- 0 veces 1-3 veces 4-6 veces 7-9 veces 10 o más veces

¿Con qué frecuencia necesita ventilar a su hijo/hija durante el día y a qué horas? _____

¿Alguna vez ha aumentado la tasa de tubo en los últimos 3-6 meses y qué pasó?

Otros comentarios sobre la alimentación por tubo:

HABILIDADES ACTUALES DE COMER Y BEBER:

¿Cuál de estos consume tu hijo/hija? (Marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leche materna | <input type="checkbox"/> Cereal de bebe | <input type="checkbox"/> Alimentos licuados |
| <input type="checkbox"/> Carnes molidas | <input type="checkbox"/> Carne molida | <input type="checkbox"/> Comida para bebés colada |
| <input type="checkbox"/> Leche | <input type="checkbox"/> Líquidos/sopa | <input type="checkbox"/> Alimentos de mesa |
| <input type="checkbox"/> Jugo | <input type="checkbox"/> Alimentos cremosos | <input type="checkbox"/> Alimentos crujientes (galletas) |
| <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Comida masticable (carne) | <input type="checkbox"/> Alimentos crujientes (apio) |

Enumere los líquidos que su hijo/hija bebe constantemente: _____

Enumere los alimentos que su hijo/hija come constantemente:

¿Cómo indica su hijo/hija que tiene hambre?

¿Su hijo/hija come en un horario? Sí No

Dónde come su hijo/hija: (por ejemplo: mesa o silla alta) _____

¿Qué problemas de alimentación tiene su hijo/hija actualmente?

- _____ Rechazo de alimentos (rechazar todos o la mayoría de los alimentos)
- _____ Selectividad de alimentos por textura (comer solo texturas que no son de desarrollo adecuado)
- _____ Selectividad de alimentos por tipo (come una variedad limitada de alimentos)
- _____ Retrasos motores orales (problemas para masticar, cerrar los labios o lateralización de la lengua)
- _____ Disfagia (problemas para tragar)
- _____ Preferencias anormales (por ejemplo, rechaza la comida si no tiene cierta temperatura, come solo ciertas marcas, debe tener cierta taza o cubiertos especiales para comer)
Describe: _____
- _____ Autoalimentación
- _____ Otro problema de alimentación:
(describa) _____

1. ¿Qué problemas de alimentación desea que sea dirigido en el Programa de alimentación (encierre en un círculo cada uno)?

Aumentar el volumen de comida que come mi hijo/hija	Reducir/eliminar la diarrea o el estreñimiento	Mejorar los comportamientos a la hora de comer
Aumentar la variedad de alimentos que come mi hijo/hija	Aumentar el aumento de peso	Disminuir los vómitos relacionados con la alimentación.
Mejorar las habilidades motoras orales.	Resolver el reflujo y otros problemas gastrointestinales	Disminuir la alimentación por sonda
Disminuir las mordaza durante la comida.	Aumentar la textura de los alimentos que come mi hijo/hija	Destetar el biberón
Introducir vasos o pajitas para beber	Otro:	

Mi hijo/hija amamanta actualmente: Sí No

En caso afirmativo, calcule cuántas veces en un período de 24 horas _____

Si su hijo/hija amamantó anteriormente, ¿durante cuántos meses amamantó su hijo/hija? _____

Si actualmente se alimenta con biberón, ¿qué tipo de tetina/velocidad de flujo usa su hijo/hija? _____

¿Cuántos biberones toma su hijo/hija cada día? _____

¿Su hijo/hija se alimenta según un horario? Si la respuesta es si, ¿cuál es ese horario? _____

En promedio, ¿cuánto dura la alimentación típica de su bebé? _____

¿Ha probado diferentes tipos de fórmulas? Si la respuesta es si, ¿cuáles? _____

¿Tiene su hijo/hija dificultad para separarse de usted o de otros miembros de la familia? Sí ____ No ____

2. ¿ Hay otros problemas o preocupaciones ? (marque todo lo que corresponda)

	babeando		Dificultad para chupar
	Mal control de la lengua		falta de masticación
	Mal control de los labios		Vómitos durante o después de comer
	Problemas para tragar		Hipersensible a la temperatura, textura, etc.
	Tos al comer		Náuseas durante la comida

Para niños de 12 meses o menos, lea las siguientes declaraciones y marque la casilla más apropiada.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
La mayor parte de la nutrición y hidratación de mi bebé proviene de fórmula y/o leche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé muestra señales activas que me indican cuándo está listo para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé está feliz y sonriendo mientras se alimenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé está llorando y incómodo mientras se alimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé siempre parece tener hambre y estar listo para otro biberón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé actúa como si todavía tuviera hambre después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé podría alimentarse fácilmente dentro de los 30 minutos posteriores a la última.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé tarda más de 30 minutos en terminar de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé comienza a succionar mas y mas despacio durante el transcurso de una toma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi bebé deja de succionar activamente y comienza a rechazar su biberón antes de que se termine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBJETIVOS:

Enumere las metas que le gustaría que su hijo/hija alcance durante la admisión:

OTRO:

Indique cualquier otra inquietud o información que le gustaría compartir sobre su hijo/hija:

Nombre del niño/niña: _____ **Fecha:** _____

Diario de alimentos : (Por favor, documente a continuación lo que su hijo/hija consumió por comida en un período de 24 horas durante 2 días de semana y 1 fin de semana. Enumere todos los alimentos y líquidos que consumió, cuánto y indique si se le dio un biberón, tubo, taza o con cuchara y si fue autoalimentado).

Hora y lugar de Comida:	Haga una lista de los alimentos/bebidas que su hijo/hija consumió para esa comida/refrigerio y calcule cuánto consumió.	Tubo de método o por la boca	Duración de la comida:	Comentarios o problemas de alimentación: (es decir , rechazo, mordaza, vómito, retención de alimentos, tos)
Tiempo: 7:20 am Lugar/ Posición: Cocina / silla alta	EJEMPLO ½ taza de avena hecha con leche entera 3oz de jugo de naranja	Por la boca a través de un vaso para sorber	45 minutos	Mordaza con la avena, negativa a las mordidas iniciales
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Puesto:				
Tiempo: Lugar/ Puesto:				

Nombre del niño/nina: _____ **Fecha:** _____

Diario de alimentos : (Por favor, documente a continuación lo que su hijo/hija consumió por comida en un período de 24 horas durante 2 días de semana y 1 fin de semana. Enumere todos los alimentos y líquidos que consumió, cuánto y indique si se le dio en un biberón, tubo, taza o con cuchara y si fue autoalimentado).

Hora y lugar de Comida:	Haga una lista de los alimentos/bebidas que su hijo/hija consumió para esa comida/refrigerio y calcule cuánto consumió.	Tubo de método o por la boca	Duración de la comida:	Comentarios o problemas de alimentación: (es decir , rechazo, mordaza, vómito, retención de alimentos, tos)
Tiempo: 7:20 am Lugar/ Posición: Cocina / Silla alta	<p style="text-align: center;">EJEMPLO</p> ½ taza de avena hecha con leche entera 3oz de jugo de naranja	Por la boca a través de un vazo para sorber	45 minutos	Mordaza con la avena, negativa a las mordidas iniciales
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Puesto:				
Tiempo: Lugar/ Cargo:				
Tiempo: Lugar/ Cargo:				

Nombre del niño/niña: _____ **Fecha:** _____

Diario de alimentos : (Por favor, documente a continuación lo que su hijo/hija consumió por comida en un período de 24 horas durante 2 días de semana y 1 fin de semana. Enumere todos los alimentos y líquidos que consumió, cuánto e indique si se le dio en un biberón, tubo, taza o con cuchara y si fue autoalimentado).

Hora y lugar de Comida:	Haga una lista de los alimentos/bebidas que su hijo/ hija consumió para esa comida/refrigerio y calcule cuánto consumió.	Tubo de método o por la boca	Duración de la comida:	Comentarios o problemas de alimentación: (es decir , rechazo, mordaza, vómito, retención de alimentos, tos)
Tiempo: 7:20 am Lugar/ Posición: Cocina / silla alta	<p style="text-align: center;">EJEMPLO</p> ½ taza de avena hecha con leche entera 3oz de jugo de naranja	Por la boca a través de un vaso para sorber	45 minutos	Mordaza con la avena, negativa a las mordidas iniciales
Tiempo: Lugar/ Puesto:				
Tiempo: Lugar/ Puesto:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				

Nombre del niño/nina: _____ **Fecha:** _____

Diario de alimentos : (Por favor, documente a continuación lo que su hijo/hija consumió por comida en un período de 24 horas durante 2 días de semana y 1 fin de semana. Enumere todos los alimentos y líquidos que consumió, cuánto e indique si se le dio en un biberón, tubo, taza o con cuchara y si fue autoalimentado).

Hora y lugar de Comida:	Haga una lista de los alimentos/bebidas que su hijo/hija consumió para esa comida/refrigerio y calcule cuánto consumió.	Tubo de método o por la boca	Duración de la comida:	Comentarios o problemas de alimentación: (es decir , rechazo, mordaza, vómito, retención de alimentos, tos)
Tiempo: 7:20 am Lugar/ Posición: Cocina / silla alta	<p style="text-align: center;">EJEMPLO</p> ½ taza de avena hecha con leche entera 3oz de jugo de naranja	Por la boca a través de un vaso para sorber	45 minutos	Mordaza con la avena, negativa a las mordidas iniciales
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				
Tiempo: Lugar/ Posición:				



**AUTORIZACIÓN PARA TOMAR Y UTILIZAR FOTOGRAFÍAS, FOTOCOPIAS,
GRABACIONES MAGNETOFÓNICAS Y PELÍCULAS**

Yo estoy padre o representante legal de _____, y autorizo a St. Mary's, sus agentes, empleados y cualquier otra persona, empresa u organización que St. Mary's pueda designar o autorizar, a que tome fotografías, realice grabaciones magnetofónicas o de video y filme películas (en adelante, los "materiales") de mí, otros miembros de mi familia y/o el residente antedicho.

Esta autorización incluye el uso por parte del St. Mary's o cualquier otro en su nombre, de los materiales, con o sin mi nombre, el nombre de otros miembros de mi familia o el nombre de mi hijo/hija e información biográfica, sin limitación en cuanto a tiempo o frecuencia de uso, para cualquiera de estos fines o todos ellos: periódicos, publicidad, autorización de comunicación a otros medios, propósitos educativos, pedagógicos o docentes. _____

Concedo esta autorización voluntariamente y, por consiguiente, renuncio a cualquiera y todos los derechos que pudiera tener en cuanto a regalías u otras compensaciones relacionadas con la publicación o cualquier otro uso de los materiales.

Parentesco: Padre Tutor Representante legal Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

No autorizo la toma de fotografías, ni la realización de grabaciones magnetofónicas o de video ni la filmación de películas del residente antes mencionado.



ST. MARY'S HEALTHCARE SYSTEM FOR CHILDREN
St. Mary's Hospital for Children, Inc.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA CONFORME A LA HIPAA**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social
Dirección del paciente:		

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario: De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Entiendo que:

1 . Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con ALCOHOL y ABUSO DE DROGAS , SALUD MENTAL TRATAMIENTO .

excepto las notas de psicoterapia y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si pongo mis iniciales en la línea correspondiente en el Punto 9(a). En caso de que la información de salud que se describe a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en la línea de la casilla del Artículo 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en el Artículo 8.

2 . Si autorizo la divulgación de información relacionada con el tratamiento del VIH, el alcohol o las drogas o el tratamiento de la salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450 . Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3 . Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización.

4 . Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.

5 . La información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario (excepto como se indica anteriormente en el Artículo 2), y es posible que esta divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A HABLAR DE MI INFORMACIÓN MÉDICA O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA EL ABOGADO O LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL ARTÍCULO 9(b).

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o entidad para divulgar esta información:	
8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se enviará esta información:	
<p>9. (a) Información específica que se divulgará:</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registro médico completo, incluidos los antecedentes de los residentes, las notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de las pruebas, los estudios de radiología, las películas, las referencias, las consultas, los registros de facturación, los registros del seguro y los registros que le enviaron otros proveedores de atención médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro : _____ Incluye: (Indique con sus iniciales)</p> <p style="margin-left: 100px;">_____ Tratamiento de alcohol/drogas</p> <p style="margin-left: 100px;">_____ Información de salud mental</p> <p style="margin-left: 100px;">_____ Información relacionada con el VIH</p> <p>Autorización para discutir información de salud</p> <p>(b) <input type="checkbox"/> Poniendo mis iniciales aquí _____ Autorizo _____</p> <p style="margin-left: 100px;">Iniciales Nombre del proveedor de atención médica individual</p> <p style="margin-left: 100px;">Para discutir mi información de salud con mi abogado o una agencia gubernamental, que se enumeran aquí:</p> <p style="margin-left: 100px;">_____</p> <p style="margin-left: 100px;">(Nombre del abogado/empresa o nombre de la agencia gubernamental)</p>	
<p>10. Motivo de la divulgación de la información.</p> <p><input type="checkbox"/> A petición del individuo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro :</p>	<p>11. Fecha o evento en que expirará esta autorización:</p>
<p>12. Si no es el residente, nombre de la persona que firma el formulario:</p>	<p>13. Autoridad para firmar en nombre del residente:</p>

Todos los elementos de este formulario han sido completados y mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

Nombre del Representante Autorizado por Ley (Padre): _____

Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado por Ley (Padre)

* Virus de Inmunodeficiencia **Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien con síntomas o infección por el VIH y la información sobre los contactos de una persona. (Formulario Oficial OCA # 960).**



ST. MARY'S HEALTHCARE SYSTEM FOR CHILDREN

St. Mary's Hospital for Children, Inc.
St. Mary's Community Care Professionals, Inc.
Extraordinary Home Care, Inc. SMH Case Management, Inc.
SMH Administrative Services, Inc.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: abril de 2003; Revisado el 24 de septiembre de 2013; Revisado el 4 de septiembre de 2015; Revisado el 5 de agosto de 2016; Revisado el 2 de enero de 2017; Revisado el 10 de agosto de 2017; Revisado el 30 de junio de 2020, Revisado el 19 de julio, 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA DETENIDAMENTE.

La ley requiere que protejamos la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y que le proporcionemos una copia de este aviso que describe las prácticas de privacidad sobre la información médica de los profesionales de atención médica de St. Mary's que brindan tratamiento o cuidados a los pacientes de St. Mary's y a los proveedores de atención médica afiliados que realizan actividades relacionadas con pagos y operaciones comerciales de manera conjunta con St. Mary's. Siempre estará disponible una copia del aviso actual en el área de recepción de todos nuestros centros. Usted o su representante personal or beneficiario también pueden obtener una copia de este aviso solicitándola al personal de St. Mary's o a **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587.**

Generalmente, cuando en este aviso se utilizan las palabras "usted" o "su", estas hacen referencia al paciente, empleado, o beneficiario (cubierto bajo planes de beneficios del hospital) que es el sujeto de la información del paciente. Sin embargo, cuando en este aviso se analizan los derechos de la información del paciente, incluidos los derechos a acceder a la información del paciente o a autorizar su divulgación, "usted" y "su" pueden referirse a los padres, tutores legales u otro representante personal de un paciente menor de edad o, según corresponda, a un representante personal de un paciente adulto.

Si tiene preguntas acerca de este aviso o si necesita más información, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587.**

RESUMEN DE INFORMACIÓN IMPORTANTE

Requisito de autorización por escrito. Comúnmente obtendremos su autorización por escrito antes de utilizar su información médica o antes de compartirla con otros fuera del Sistema de atención de la salud de St. Mary's. También puede dar curso a la transferencia de sus registros a otra persona llenando un formulario de autorización. Se requiere su autorización por escrito antes de utilizar o compartir las notas de psicoterapia. No venderemos ni recibiremos ningún valor a cambio de su información médica sin su autorización por escrito. La información no se utilizará para fines de marketing sin su autorización por escrito. Si nos brinda su autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que ya la hayamos usado. Para revocar una autorización, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587.**

- **Excepciones del requisito.** Existen algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de utilizar su información médica o compartirla con otros. Estas son:
- **Excepción para el tratamiento, el pago y las operaciones de St. Mary's.** Para obtener más información, consulte las páginas 3 y 4 de este aviso.
- **Excepción para la divulgación a amigos o familiares que participan en su cuidado.** Le consultaremos si tiene alguna objeción para compartir información acerca de su salud con amigos y familiares que participan en su cuidado. Para obtener más información, consulte la página 4 de este aviso.
- **Excepción en emergencias o exigencia pública.** Podemos utilizar o divulgar su información médica en una emergencia o para una exigencia pública importante. Por ejemplo: podemos compartir su información con funcionarios de salud pública en el Estado de Nueva York o los departamentos de salud de la ciudad que están autorizados para investigar y controlar la propagación de enfermedades. Para obtener más ejemplos, consulte las páginas 4 a 6 de este aviso.
- **Excepción si la información no lo identifica.** Podemos utilizar o divulgar su información médica si eliminamos cualquier información que podría revelar su identidad.

Cómo acceder a su información médica. Generalmente tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica. Para obtener más información, consulte las páginas 6 y 7 de este aviso.

Cómo corregir su información médica. Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica si cree que es inexacta o está incompleta. Para obtener más información, consulte la página 7 de este aviso.

Cómo hacer un seguimiento de las maneras en que se compartió su información médica con otros. Tiene derecho a recibir una lista de nuestra parte denominada "lista informativa", que brinda información acerca de cuándo y cómo divulgamos su información médica a personas u organizaciones externas. Muchas de las divulgaciones de rutina que hacemos no estarán incluidas en esta lista, aunque sí se identificarán las divulgaciones de su información que no sean de rutina. Para obtener más información, consulte la página 7 de este aviso.

Cómo solicitar protecciones de privacidad adicionales. Tiene derecho a solicitar más restricciones acerca de la manera en que utilizamos su información médica o en que la compartimos con otros. No se requiere que estemos de acuerdo con la restricción que solicita pero, si lo hacemos, estaremos vinculados a nuestro acuerdo. Para obtener más información, consulte la página 7 de este aviso.

Cómo solicitar comunicaciones más confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera que sea más confidencial para usted. Intentaremos adaptarnos a todas las solicitudes razonables. Para obtener más información, consulte las páginas 7 y 8 de este aviso.

Cómo alguien puede actuar en su nombre. Tiene derecho a nombrar a un representante personal que pueda actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Por lo general, los padres o tutores tienen derecho a controlar la privacidad de la información médica de los menores de edad a menos que a los menores se les permita, por ley, actuar en su propio nombre.

Cómo conocer las protecciones especiales con respecto a la información sobre el VIH, el abuso de alcohol o sustancias, la salud mental y la genética. Las protecciones de privacidad especiales se aplican a la información relacionada con el VIH, la información de alcoholismo o drogadicción, la información de salud mental y la información genética. Algunas partes de este aviso general sobre prácticas de privacidad posiblemente no se apliquen a estos tipos de información. Si su tratamiento incluye esta información, se le proporcionarán notificaciones por separado para explicarle cómo se protegerá la información. Para solicitar copias de estas otras notificaciones ahora, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587.**

Cómo obtener una copia de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento. Para hacerlo, llame a **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587.** Usted o su representante personal también pueden obtener una copia de este aviso solicitándola al personal de St. Mary's.

Cómo obtener una copia de los avisos revisados. Es posible que cambiemos nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, corregiremos este aviso para que pueda obtener un resumen preciso de nuestras prácticas. El aviso revisado se aplicará a toda su información médica y nos regiremos conforme a sus términos tal como lo estipula la ley. Publicaremos los avisos revisados en el área de recepción de St. Mary's. Usted o su representante personal también podrán obtener una copia del aviso revisado solicitándola a un miembro del personal de St. Mary's o a Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587. La fecha de entrada en vigencia del aviso siempre estará ubicada en la esquina superior derecha de la primera página.

Cómo presentar una reclamación. Si considera que sus derechos a la privacidad fueron violados, puede presentar una reclamación ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una reclamación ante nosotros, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281- 8587.** Nadie tomará represalias o acciones en contra suyo por presentar una reclamación.

QUÉ INFORMACIÓN MÉDICA ESTÁ PROTEGIDA

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que recolectamos acerca de usted mientras que proporcionamos servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de la información médica protegida son:

- información acerca de su estado de salud (como una enfermedad que pueda tener);
- información acerca de los servicios de atención médica que recibió o puede recibir en el futuro (como una operación);
- información acerca de los beneficios de atención médica dentro de un plan de seguros (por ejemplo si una receta está cubierta o no);
- información geográfica (como dónde solía vivir o trabajar);
- información demográfica (como su raza, género, etnia o estado civil);
- números únicos que puedan identificarlo (como el número de seguro social, el número de teléfono o el número de la licencia de conducir); y
- otros tipos de información que puedan identificar quién es usted.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

1. Tratamiento, pago y operaciones comerciales de St. Mary's

El personal de St. Mary's y otros profesionales de atención médica en el Sistema de atención de la salud de St. Mary's pueden utilizar su información médica o compartirla con otras personas para fines de su tratamiento o atención médicos, la obtención del pago por tratamientos o atención médicos y la realización de las operaciones comerciales habituales de St. Mary's. También se puede compartir su información médica con las instalaciones y los proveedores de atención médica afiliados para que puedan, de manera conjunta, llevar a cabo ciertas actividades de pagos y operaciones comerciales junto con St. Mary's. A continuación encontrará ejemplos sobre cómo se puede utilizar la información con su consentimiento.

Tratamiento. Podemos compartir su información médica con los profesionales de atención de la salud de St. Mary's que participan de su cuidado y que pueden utilizar, a su vez, dicha información para diagnosticarlo o brindarle tratamiento. Un profesional de atención de la salud de St. Mary's puede compartir su información médica con profesional de atención de la salud dentro de St. Mary's o con un profesional de atención de la salud en otro centro de atención médica para determinar cómo diagnosticarlo o brindarle tratamiento. Su profesional de atención de la salud también puede compartir su información médica con otro profesional de atención de la salud a quien usted haya sido remitido para atención médica adicional.

Pago. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para que podamos obtener el pago por los servicios de atención médica. Por ejemplo: podemos compartir información acerca de usted con una compañía de seguro médico para poder obtener un reintegro por el tratamiento o cuidado que le brindamos. En algunos casos, podemos compartir información acerca de usted con una compañía de seguro médico para determinar si cubrirá un tratamiento o cuidado futuro.

Operaciones comerciales. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otros para poder llevar a cabo nuestras operaciones comerciales normales. Por ejemplo: podemos utilizar su información médica para evaluar el rendimiento de nuestro personal con respecto al cuidado que se le brindó o para capacitar a nuestro personal sobre cómo mejorar el cuidado que le brindan. También podemos compartir su información médica con otra empresa que realice servicios comerciales para nosotros, como una empresa de facturación. Si fuera así, tendremos un contrato por escrito para asegurarnos de que esta empresa también proteja la privacidad de su información médica.

Servicios, beneficios y alternativas de tratamientos. Podemos utilizar su información médica cuando nos comunicamos con usted para recomendar posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos. Podemos utilizar su información al decidir si nos comunicaremos con usted o con su representante personal para recaudar dinero para poder realizar nuestras operaciones comerciales. También podemos compartir esta información con una fundación benéfica que se comunicará con usted o su representante personal para recaudar dinero en nuestro nombre. Si no quiere que se comuniquen con usted con respecto a estos esfuerzos para recaudar fondos, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587.**

2. Amigos y familiares

Podemos compartir información con amigos y familiares que participen en su cuidado, sin su autorización o consentimiento por escrito. Le proporcionaremos la oportunidad de objetar. Cumpliremos sus deseos a menos que se nos requiera lo contrario por ley.

Amigos y familiares encargados de su cuidado. Si no tiene objeción alguna, podemos compartir su información médica con un miembro familiar, pariente o amigo personal cercano que participe en su cuidado o que deba pagarlo.

También podemos notificar a un miembro familiar, representante personal u otra persona que participe en su cuidado acerca de su ubicación y de su estado general aquí en St. Mary's o en el caso desafortunado de su fallecimiento. En algunos casos, posiblemente sea necesario compartir su información con una organización de ayuda en caso de desastres que nos ayudará a notificar a estas personas. Si se niega a compartir la información con sus miembros familiares, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587**.

3. **Emergencias o exigencia pública**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otras personas, para tratarlo en una emergencia o para cumplir con exigencias públicas importantes. No debemos obtener su autorización, consentimiento ni cualquier otro permiso por escrito antes de utilizar o divulgar su información por estos motivos.

Emergencias. Podemos utilizar o divulgar su información médica en caso de que necesite tratamiento de emergencia o si debemos brindarle tratamiento conforme a la ley, pero no podemos obtener su consentimiento por escrito. En este caso, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de brindarle tratamiento.

Dificultades en la comunicación. Podemos utilizar y divulgar su información médica en caso de que no podamos obtener su consentimiento debido a dificultades importantes en la comunicación y consideramos que aceptaría recibir tratamiento si pudiéramos comunicarnos con usted.

Según lo exigido por ley. Podemos utilizar o divulgar su información médica si debemos hacerlo conforme a la ley. También le notificaremos acerca de estos usos y divulgaciones si así lo exige la ley.

Actividades de salud pública. Podemos divulgar su información médica a funcionarios de salud pública autorizados (o a un organismo gubernamental externo que colabore con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con funcionarios del gobierno responsables de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Asimismo, podemos divulgar su información médica a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad infecciosa o tenga riesgo de contraer o propagar la enfermedad si una ley nos autoriza a hacerlo.

Víctimas de malos tratos, negligencia o violencia doméstica. Podemos difundir su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada a recibir informes de malos tratos, negligencia o violencia doméstica. Por ejemplo, podemos facilitar su información a funcionarios del gobierno si consideramos de forma razonable que ha sido víctima de malos tratos, negligencia o violencia doméstica. Haremos todo lo posible por obtener su permiso antes de divulgar dicha información, pero en algunos casos es posible que debamos o estemos autorizados a proceder sin su permiso.

Actividades de supervisión médica. Podemos difundir su información médica a los organismos gubernamentales autorizados a realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestro centro. Estos organismos gubernamentales supervisan el funcionamiento del sistema de atención médica, los programas de beneficios del gobierno como Medicare y Medicaid, así como el cumplimiento de los programas normativos del gobierno y las leyes de derechos civiles.

Supervisión, reparación y retirada del mercado de productos. Podemos divulgar su información médica a una persona o empresa que, conforme a la Administración de Drogas y Alimentos, deba: (1) informar o buscar defectos o

problemas en los productos; (2) reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos o riesgosos; o (3) supervisar el rendimiento de un producto después de que haya recibido la aprobación para uso del público en general.

Demandas y disputas. Podemos divulgar su información médica en caso de que recibamos la orden por parte de un tribunal que esté trabajando en una demanda u otra disputa.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su información médica a los agentes del orden público por las siguientes razones:

- Cumplir con los mandatos o leyes judiciales que debemos acatar.
- Colaborar con los agentes del orden público en la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida.
- Si ha sido víctima de un delito y determinamos que: (1) no pudimos obtener su consentimiento debido a una emergencia o a su discapacidad; (2) los agentes del orden público necesitan esta información de inmediato para llevar a cabo sus obligaciones de cumplimiento de la ley; y (3), a nuestro juicio profesional, la divulgación a estos agentes es en beneficio propio.
- Si sospechamos que su deceso fue producto de un hecho delictivo.
- Si es necesario informar un delito que se produjo en nuestra propiedad.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos utilizar su información médica o compartirla con otras personas cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o el público. En estos casos, solo compartiremos su información con una persona que sea capaz de contribuir a evitar la amenaza. También podemos divulgar su información médica a los agentes del orden público en caso de que nos informe que participó en un delito violento que podría haber causado daños físicos serios a otra persona (a menos que admita ese hecho durante el asesoramiento), o si determinamos que escapó de la custodia legal (como una prisión o institución de salud mental).

Actividades de inteligencia y seguridad nacional o servicios de custodia. Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados que llevan a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional o que prestan servicios de custodia al Presidente o a otros funcionarios importantes.

Reclusos e instituciones penitenciarias. Si, posteriormente, se lo encarcela en una institución penitenciaria o es detenido por un agente del orden público, podemos divulgar su información médica a los agentes penitenciarios o a los agentes del orden público si se le debe brindar atención médica o mantener la protección, seguridad y el orden adecuados en el lugar en que esté recluso. Esto incluye el intercambio de información que sea necesaria para proteger la salud y la seguridad de los demás reclusos o las personas encargadas de supervisar o transportar a los reclusos.

Compensación laboral. Podemos divulgar su información médica para programas de compensación laboral o programas similares que brindan beneficios en caso de lesiones relacionadas con el trabajo.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de servicios fúnebres. En el caso desafortunado de su fallecimiento, podemos divulgar su información médica a un juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos difundir esta información a los directores de servicios fúnebres siempre que sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de órganos y tejidos. En el caso desafortunado de que falleciera, podemos divulgar su información médica a organizaciones encargadas de recibir o almacenar órganos, córneas u otros tejidos para que dichas organizaciones puedan investigar si es posible realizar la donación o el trasplante conforme a las leyes correspondientes.

Investigación. En la mayoría de los casos, le solicitaremos su autorización por escrito antes de utilizar su información médica o compartirla con otras personas para llevar a cabo investigaciones. Sin embargo, en determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica sin su autorización si obtenemos una aprobación por medio de un proceso especial para garantizar que la investigación que se llevará a cabo sin su autorización implica un riesgo mínimo para su privacidad. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia, permitiremos que los investigadores utilicen su nombre o identidad públicamente. También podemos difundir su información médica sin su autorización a personas que preparan un proyecto de investigación futuro, siempre que no se divulgue fuera de nuestro de centro ninguna información que lo identifique. En el caso desafortunado de su fallecimiento, podemos compartir su información médica con personas que realizan investigaciones con la información de personas fallecidas, siempre que acuerden no sustraer de nuestro centro información que lo identifique.

SUS DERECHOS AL ACCESO Y CONTROL DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Le informamos que tiene los siguientes derechos de acceso y control de su información médica. Estos derechos son importantes porque le permitirán asegurarse de la precisión de la información médica que tenemos sobre usted. También pueden ayudarlo a controlar la manera en que utilizamos su información y la compartimos con otras personas, o la manera en que nos comunicamos con usted acerca de sus asuntos médicos.

1. Derecho a revisar y obtener una copia de los registros

Tiene derecho a revisar y obtener una copia de toda información médica que pudiera utilizarse para tomar decisiones sobre su tratamiento, siempre que conservemos dicha información en nuestros registros. Esto incluye los registros médicos y de facturación. Para revisar u obtener una copia de su información médica, envíe una solicitud a **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, (718) 281-8587**. Una vez recibida la solicitud, le enviaremos una copia de su registro en el formato que solicite, en caso de que esté disponible. Esto incluye una copia impresa o electrónica de su registro, en caso de que esté disponible. Si solicita una copia de su registro, es posible que le cobremos un cargo de copiado, envío postal u otros insumos que utilicemos para satisfacer su solicitud. La tarifa estándar es de \$0,75 por página de papel y \$10,00 por copia electrónica. Generalmente, la tarifa debe pagarse antes o al momento en que le entreguemos las copias. En el caso de los residentes del hospital infantil St. Mary's Hospital for Children, responderemos a las solicitudes de revisión de registros en un plazo de 24 horas y, generalmente, responderemos solicitudes de copias en un plazo de dos días hábiles. En el caso de los pacientes de los demás programas de St. Mary's, el acceso a los registros se obtendrá dentro de 10 días de enviada la solicitud.

En casos excepcionales, es posible que deneguemos su solicitud para revisar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, le proporcionaremos un resumen de la información en su lugar. También le enviaremos una notificación por escrito que explique nuestros motivos para proporcionarle un resumen solamente, y una descripción completa de su derecho a que esa decisión sea evaluada y cómo puede ejercer dicho derecho. La notificación también incluirá información sobre cómo presentar un reclamo acerca de estos asuntos ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tenemos motivos para denegar solo una parte de su solicitud, le brindaremos acceso completo a las partes restantes después de excluir la información que no podemos permitirle revisar o copiar. Es posible que deba pagar un cargo por la preparación del resumen de su registro.

2. Derecho a modificar los registros

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una modificación siempre que dicha información se conserve en nuestros registros. Para solicitar una modificación, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587**. La solicitud debe incluir los motivos por los que considera que deberíamos efectuar la modificación. Generalmente, respondemos a las solicitudes en un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo para responderle, le notificaremos por escrito en un plazo de 60 días para explicarle el motivo de la demora y cuándo puede esperar una respuesta final a su solicitud.

Si denegamos su solicitud de manera parcial o total, le enviaremos una notificación por escrito en la que se expliquen nuestros motivos para hacerlo. Tendrá derecho a que en sus registros se incluya determinada información relacionada con la modificación que solicitó. Por ejemplo, si no está de acuerdo con nuestra decisión, podrá enviar una declaración que explique su desacuerdo, que incluiremos en sus registros. También incluiremos información sobre cómo presentar una reclamación ante nosotros o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos procedimientos se explicarán en detalle en toda notificación de denegación que le enviemos.

3. Derecho a un informe sobre divulgación

Después del 14 de abril de 2003, tiene derecho a solicitar un “informe sobre divulgación”, que es una lista con información sobre cómo hemos compartido su información con otras personas. Sin embargo, una lista informativa no incluirá:

- Divulgaciones que le realizamos a usted
- Divulgaciones que realizamos para brindarle tratamiento o atención, obtener el pago de dicho tratamiento o atención, o para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales habituales
- Divulgaciones que realizamos a sus amigos o familiares involucrados en su atención
- Divulgaciones realizadas a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional
- Divulgaciones sobre reclusos a instituciones penitenciarias o agentes del orden público
- Divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003

Para solicitar esta lista, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587**. Su solicitud debe indicar el período de las divulgaciones que desea que incluyamos. Por ejemplo, puede solicitar una lista de las divulgaciones que se realizaron entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2005. Tiene derecho a recibir una lista dentro de un período de cada doce meses sin cargo. Sin embargo, es posible que le cobremos un cargo por la entrega de las listas adicionales durante ese mismo período de doce meses. Siempre le notificaremos acerca de todos los costos en los que deberá incurrir para que pueda optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en costo alguno.

Por lo general, respondemos a las solicitudes de listas informativas en un plazo de 60 días. En caso de que necesitemos más tiempo para preparar la lista informativa que ha solicitado, le notificaremos por escrito sobre el motivo de la demora y la fecha aproximada en la que recibirá la lista informativa. Solo en casos excepcionales demoraremos el envío de la lista informativa sin notificárselo porque debemos hacerlo conforme a la exigencia de un funcionario del orden público o un organismo gubernamental.

4. Derecho a que se le comunique en caso de violación a la seguridad.

Le notificaremos si se produjo una “violación” de su información médica. Es decir, si se puso en peligro la privacidad o seguridad de su información (utilizada o compartida de maneras que violen la ley).

5. **Derecho a solicitar protecciones de privacidad adicionales**

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos en mayor medida la manera en que utilizamos y divulgamos su información médica para brindarle tratamiento o atención, recaudar el pago del tratamiento o atención, o realizar las operaciones comerciales habituales de St. Mary’s. También puede solicitarnos que restrinjamos la forma en que divulgamos información sobre usted a sus familiares o amigos involucrados en su atención. Por ejemplo, podría solicitarnos que no divulguemos información sobre una cirugía que se le haya practicado. Si paga en efectivo la totalidad de los servicios o conceptos de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información para fines de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguro médico. Podemos aceptar la solicitud, a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Para solicitar restricciones, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587**. Su solicitud debe incluir (1) la información que desea restringir; (2) si desea restringir la forma en que utilizamos la información, cómo la compartimos con otras personas, o ambas; y (3) a quiénes desea que se apliquen estas restricciones.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción y, en algunos casos, es posible que la restricción que solicite no esté permitida conforme a la ley. Sin embargo, en caso de que la aceptemos, nos deberemos comprometer a cumplir dicho acuerdo, a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, tiene derecho a revocarla en cualquier momento.

Bajo ninguna circunstancia, tendremos también el derecho a revocar una restricción, a menos que se lo notifiquemos por escrito antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de que podamos revocar la restricción.

6. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted o su representante personal sobre sus asuntos médicos de forma más confidencial. Para solicitar comunicaciones más confidenciales, comuníquese con **Terri Niemczyk, Funcionaria de Privacidad, al (718) 281-8587**. No le preguntaremos el motivo de su solicitud e intentaremos satisfacer todas las solicitudes razonables. En su solicitud, especifique el medio de contacto que prefiere usted o su representante personal, y cómo se manejará el pago de su atención médica si nos comunicamos con su representante personal mediante este método o ubicación alternativa.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, COMUNÍQUESE CON:
TERRI NIEMCZYK, PRIVACY OFFICER 5
DAKOTA DRIVE, SUITE 200
NEW HYDE PARK, NY 11042
(718) 281-8587



ST. MARY'S HEALTHCARE SYSTEM FOR CHILDREN

St. Mary's Hospital for Children, Inc.
St. Mary's Community Care Professionals, Inc.
Extraordinary Home Care, Inc. SMH Case Management, Inc.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Numero DE ID _____

He recibido este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD del St. Mary's Healthcare System for Children. Comprendo que en caso de tener preguntas, puedo comunicarme con la Funcionaria de Privacidad de St. Mary's, Terri Niemczyk, por teléfono al (718) 281-8587 o por correo a St. Mary's Healthcare System for Children, Inc., 5 Dakota Drive, Suite 200, New Hyde Park, NY 11042.

Firma _____ Fecha _____

Nombre con letra de imprenta _____

NOTA: El acuse de recibo firmado por un cuidador del paciente/empleado/beneficiario debe conservarse en la historia clínica del paciente en St. Mary's Healthcare System for Children.



The Cindy and Tod Johnson Center For
Pediatric Feeding Disorders

CARTA DE NECESIDAD MÉDICA

Fecha:

RE:

Fecha de nacimiento:

Para el doctor.

El paciente anterior está esperando una cita para una evaluación clínica en el Center for Pediatric Feeding Disorders. Para que podamos comunicarnos con el seguro para obtener cobertura, necesitamos una Carta de necesidad médica del médico del paciente. A continuación se muestra un ejemplo de lo que se debe mencionar en la carta. Envíe por fax/e-mail la Carta de necesidad médica a Coordinadora del programa al 718-281-8541 feedingadmin@stmaryskids.org.

Por favor incluye en su carta la siguiente información.

- Nombre del paciente:
- Diagnóstico: (con códigos DX)
 - Indicando cualquier condición médica subyacente y problemas médicos debido a la alimentación.
- Breve declaración sobre cómo la severidad del problema y/o la incapacidad de obtener ganancias suficientes con otras intervenciones (tratamientos médicos, terapia de alimentación ambulatoria o en la escuela, etc.) justifica un tratamiento más intensivo.
- Historial médico
- Altura reciente, peso, BMI
- Derivación para servicios de alimentación intensiva en el Center for Pediatric Feeding Disorders.

Atentamente,

Program Coordinator
Center for Pediatric Feeding Disorders
29-01 216th Street
Bayside, NY 11360
Tel: 718-281-8541
Fax: 718-281-8505
feedingadmin@stmaryskids.org



ST. MARY'S HEALTHCARE SYSTEM FOR CHILDREN
Center for Pediatric Feeding Disorders
ST. MARY'S HOSPITAL FOR CHILDREN
29-01 216TH STREET
Bayside, New York 11360
718-281-8541

Paciente De Dia Asignacion De Beneficios

Autorizo el pago de beneficios medicos a St. Mary's Hospital for Children por los servicios prestados en relacion con esta admission. Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica o de otro tip necesaria para procesar mis reclamos medicos. Tambien solicito el pago de los beneficios del gobierno (si corresponde) para mi o para la parte que acepta la asignacion como se indico anteriormente. Acepto solidariamente la responsabilidad del pago del monto total adeudado a St Mary. Esto incluye coseguro, copagos o deducibles, asi como el pago de servicios no cubiertos. Si las partes logran obtener cobertura de seguro para los servicios prestados al paciente por el Programa de alimentacion, seguire siendo responsable de la diferencia entre los montos recaudados del plan del paciente y St. Mary's. Los cargos de St. Mary's por los servicios prestados.

Imprime nombre: Padre/parente legal

Fecha

EVALUACIÓN Y SERVICIOS

CLÍNICA (Visita de Evaluación Inicial)

Preparándonos para la visita

- El tiempo de espera promedio desde la fecha de referencia hasta la evaluación inicial puede demorar algunas semanas.
- Todos los informes y documentos relevantes, incluyendo el gráfico de crecimiento del niño/niña, deben estar archivados antes de que se pueda programar una evaluación.
- El diario de alimentación de 3 días debería haber sido enviado al equipo o presentado el día de la evaluación.

Tarifas y pago

- El departamento de Atención Administrada procesará el seguro para la autorización y detallará los cargos a la familia antes de la evaluación. Estos cargos se basan en las necesidades de su hijo/hija y el nivel de servicio de evaluación que se llevará a cabo.
- Se espera el pago el día de la evaluación. Puede hacerse con cheque, giro postal o tarjeta de crédito.

Que traer

- Las familias deben traer a la clínica 2-3 alimentos que el niño/niña consumirá (preferidos) y 2-3 alimentos que el niño/niña puede consumir pero no consume (no preferidos). Estos elementos se utilizarán para la parte de observación de alimentación de la evaluación.
- Se espera que las familias traigan con ellos todos los alimentos necesarios (variedad, textura), utensilios (cucharas especializadas, herramientas motoras orales) y equipo (asientos especiales, etc.).
- Se alienta a las familias a traer artículos que atraigan a su hijo/hija y ocupen su atención durante ese período de espera.
- Si trae niños/niñas que no forman parte de la evaluación y/o su hijo/hija requiere un nivel de supervisión que le impedirá entrevistarse con los miembros del equipo, asista a la cita con otro adulto que pueda ayudar en la supervisión.

El día de la cita

- Parqueo gratuito esta disponible en el centro de St. Mary's. El servicio de parqueo de carros está disponible a la 8 de la mañana hasta 4 de la tarde.
- La evaluación puede tomar hasta 2-3 horas. Se le mantendrá informado sobre cualquier retraso imprevisto y se hará todo lo posible para brindarle el servicio de manera oportuna.
- El equipo interdisciplinario de St. Mary's llevará a cabo una evaluación integral.
- Se pesará a su hijo/hija y se tomará la altura durante la evaluación clínica.
- Uno o más especialistas de Nutrición, Gastroenterología, Enfermería, Comportamiento y Habla/Alimentación pueden participar en la evaluación en diferentes períodos de la evaluación.
- Además de una entrevista detallada y revisión de documentos, también se llevará a cabo la observación de una sesión de alimentación. Los cuidadores alimentarán al niño/niña como lo harían en casa y los especialistas documentarán las observaciones para brindarle comentarios específicos y opciones de tratamiento.
- Se realizará una evaluación motora oral y es posible que se implemente una sesión con alimentos no preferidos.

- Después de realizar la evaluación, los miembros del equipo interdisciplinario se reunirán solos para discutir los hallazgos y desarrollar recomendaciones apropiadas para el niño/niña y la familia. Después de esa reunión, los miembros del equipo se reunirán con la familia para explicar los hallazgos y recomendaciones.

Después de la cita

- Un informe escrito con hallazgos y recomendaciones seguirá en aproximadamente 2 semanas a partir de la fecha de la evaluación. Cuando se indique, se contactará a los proveedores de la comunidad para consultar sobre los cambios recomendados en el estado de alimentación del niño/niña.
- Actualmente hay una lista de espera para el Programa intensivo de pacientes del día y para los servicios ambulatorios. Sin embargo, habrá momentos en que haya un espacio disponible antes de la fecha esperada. En ese momento se hará una oferta a las familias para ocupar el espacio disponible. Si una familia no puede aceptar la oferta, el niño/niña será puesto nuevamente en la lista de espera.
- Después de la evaluación con la clínica, el personal de St. Mary's consultará con su SLP/terapeuta de alimentación actual.
- Mientras esté en la lista de espera y durante su admisión, consultaremos con su gastroenterólogo/pediatra actual. Las decisiones relativas a la admisión (tiempo, alimentación por tubo, suplementos, medicamentos, etc.) se tomarán con su opinión.
- Se espera que los cuidadores y los proveedores de la comunidad continúen trabajando en las dificultades de alimentación del niño/niña mientras esperan la admisión del niño/niña. Además, se pueden recomendar pruebas médicas y cambios en el régimen de alimentación del niño/niña para asegurar que el niño/niña esté listo para beneficiarse del programa. El incumplimiento de estas recomendaciones puede retrasar la admisión del niño/niña. Es responsabilidad del cuidador comunicarse con el personal del programa pertinente con actualizaciones sobre las recomendaciones y/u obstáculos para seguir las recomendaciones. Este debe ser un proceso de colaboración entre los cuidadores y el equipo de evaluación.

Clínicas de seguimiento (mientras espera la admisión al Programa Intensivo de pacientes de día)

- El horario de las clínicas de seguimiento se basa en las necesidades de cada niño/niña. El equipo de la clínica programará citas de seguimiento según sea necesario. Nuestras recomendaciones y pautas de admisión pueden cambiar según nuestros hallazgos durante las evaluaciones de seguimiento.
- Solo los especialistas considerados esenciales verán al niño/niña durante las visitas de seguimiento. Los cuidadores pueden solicitar reunirse con otros especialistas si necesitan una consulta adicional. Se alienta a los cuidadores a realizar dichas solicitudes a través de nuestra Coordinadora del programa antes de la cita en la clínica.
- Las evaluaciones de seguimiento durarán aproximadamente 1 hora. Se abordarán las actualizaciones sobre el progreso del niño/niña y cualquier inquietud nueva. Se llevará a cabo una observación de alimentación. Los cuidadores deben traer con ellos todos los alimentos, utensilios y equipos necesarios que se usan durante las comidas.
- Los cuidadores también deben traer pruebas/reportes que se completaron desde la última visita a la clínica.
- Un reporte escrito seguirá en aproximadamente 2 semanas.

POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR SI TIENE PREGUNTAS Y/O PREOCUPACIONES CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE PAQUETE