



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)
- 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.



Center for Pediatric Feeding Disorders
ST. MARY'S HOSPITAL FOR CHILDREN
29-01 216th Street
Bayside, NY 11360
718-281-8541

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?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Diabetes gestacional | ☐ Trabajo de parto prematuro | ☐ Eclampsia/Preeclampsia |
| ☐ Ultrasonido anormal | ☐ Infección | |
| ☐ 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?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Reflujo gastroesofágico (GERD) | ☐ Ventilacion mecanica | ☐ Displasia broncopulmonar (BPD) |
| ☐ Apnea | ☐ terapia CPAP | ☐ Enterocolitis necrotizante (ECN) |
| ☐ Problemas de alimentación y crecimiento | | |
| ☐ Alimentación por tubo | | |
| ☐ Hemorragia intraventricular (sangre en el cerebro) | | |
| ☐ 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, blandas, 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 experimenta 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):

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Leche materna | ☐ Cereal de bebe | ☐ Alimentos licuados |
| ☐ Carnes molidas | ☐ Carne molida | ☐ Comida para bebés colada |
| ☐ Leche | ☐ Líquidos/sopa | ☐ Alimentos de mesa |
| ☐ Jugo | ☐ Alimentos cremosos | ☐ Alimentos crujientes (galletas) |
| ☐ Agua | ☐ Comida masticable (carne) | ☐ 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.	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé muestra señales activas que me indican cuándo está listo para comer	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé está feliz y sonriendo mientras se alimenta.	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé está llorando y incómodo mientras se alimenta	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé siempre parece tener hambre y estar listo para otro biberón	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé actúa como si todavía tuviera hambre después de comer	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé podría alimentarse fácilmente dentro de los 30 minutos posteriores a la última.	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé tarda más de 30 minutos en terminar de comer.	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé comienza a succionar mas y mas despacio durante el transcurso de una toma.	☐	☐	☐	☐	☐
Mi bebé deja de succionar activamente y comienza a rechazar su biberón antes de que se termine.	☐	☐	☐	☐	☐

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	EJEMPLO 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/ 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	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/ 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	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/ 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:	
9. (a) Información específica que se divulgará: ☐ Expediente médico desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____ ☐ 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. ☐ Otro : _____ Incluya: (Indique con sus iniciales) _____ Tratamiento de alcohol/drogas Información de salud mental Información relacionada con el VIH Autorización para discutir información de salud (b) ☐ Poniendo mis iniciales aquí _____ Autorizo _____ Iniciales Nombre del proveedor de atención médica individual Para discutir mi información de salud con mi abogado o una agencia gubernamental, que se enumeran aquí: _____ (Nombre del abogado/empresa o nombre de la agencia gubernamental)	
10. Motivo de la divulgación de la información. ☐ A petición del individuo ☐ Otro :	11. Fecha o evento en que expirará esta autorización:
12. Si no es el residente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del residente:

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): _____

Firma del Representante Autorizado por Ley (Padre) Fecha: _____

*** 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).**



Sistema de Salud Infantil St. Mary's, Inc.
Hospital Infantil St. Mary's, Inc.
Cuidados Domiciliarios Extraordinarios, Inc.
Gestión de casos SMH, Inc.
Servicios Administrativos SMH, 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, Revisado 10 de agosto de 2024, Revisado 4 de septiembre de 2025, Revisado 6 de febrero de 2026

Nombre del paciente: _____ ID#: _____

He recibido una copia de este AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de St. Mary's Healthcare System for Children, Inc. Entiendo que, si tengo alguna pregunta, puedo comunicarme con:

Christine Hutton, responsable de protección de datos de St. Mary's

Teléfono: (718) 281-8587

Correo electrónico: Sistema de Salud Infantil St. Mary's, Inc

333 Earle Ovington Boulevard

Oficina 600

Uniondale, Nueva York, 11553

Paciente/Representante/Familiar/Tutor* (Firma)

Fecha

Escriba: Nombre de la relación si no se trata del paciente

N.º de identificación del intérprete telefónico

Fecha

Hora

Intérprete (Firma)

Fecha

Escriba: Nombre del intérprete y relación con el paciente

Testigo de la firma (Firma)

Fecha

Escriba: Nombre del Testigo

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, ASÍ COMO CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

Este Aviso explica cómo cumplimos con nuestro compromiso de respetar la privacidad y la confidencialidad de su información médica protegida. Este Aviso explica cómo podemos utilizar y compartir su información médica protegida, así como las obligaciones legales que tenemos con respecto a dicha información y sus derechos según las leyes federales y estatales. El Aviso se aplica a todos los registros que obran en poder de las entidades de St. Mary's Healthcare System for Children enumeradas en este Aviso, independientemente de si el registro es escrito, digital o de cualquier otro formato. La ley nos exige asegurarnos de que la información que lo identifica se mantenga privada y poner este Aviso a su disposición. En este Aviso, el término «Información médica protegida» se refiere a la información que lo identifica individualmente, la cual puede incluir:

- Información sobre su salud (como los medicamentos que toma, las afecciones médicas y los resultados de las pruebas que pueda tener)
- Información sobre tus prestaciones de salud en el marco de un plan de seguro (por ejemplo, si una receta está cubierta)
- Información demográfica (como su raza, género, origen étnico o estado civil)
- Otros tipos de información que podrían identificar quién eres
- Información sobre los servicios de salud que ha recibido o que podría recibir en el futuro (como una operación)
- Información geográfica (como el lugar donde vive o trabaja)
- Números únicos que puedan identificarte (como el número de seguro social, el número de teléfono o el número de la licencia de conducir)

En general, cuando en este aviso se utilizan los términos «usted» o «su», se hace referencia al paciente, al empleado o al beneficiario (cubierto por los planes de prestaciones del Sistema de Salud Infantil St. Mary) que es el sujeto de la información del paciente. Sin embargo, cuando este Aviso aborda los derechos relacionados con la información del paciente, incluidos los derechos de acceso o de autorizar la divulgación de dicha información, «usted» y «su» pueden referirse a los padres, el tutor legal u otro representante personal de un paciente menor de edad o, según corresponda, al representante personal de un paciente adulto.

*Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea obtener más información, póngase en contacto con **Christine Hutton**, responsable de protección de datos, en el (718) 281-8587.*

RESUMEN

A continuación se presenta un resumen de las disposiciones principales de nuestro Aviso. Este resumen no constituye una lista completa de cómo utilizamos y divulgamos su información médica protegida. Si tiene alguna pregunta sobre la

información contenida en este resumen, le rogamos que lea el Aviso de prácticas de privacidad completo o se ponga en contacto con el responsable de privacidad de St. Mary's para obtener más información.

El Sistema de Salud Infantil St. Mary's puede utilizar y divulgar su información médica protegida sin su consentimiento para:

- Proporcionarle tratamiento médico y otros servicios
- Llevar a cabo determinadas operaciones necesarias para el funcionamiento de nuestros programas, tales como estudios de mejora de la calidad, formación médica y verificación de las cualificaciones de los médicos
- Coordinar su atención, lo que puede incluir, por ejemplo, enviarle recordatorios de citas con los proveedores de salud afiliados
- Hablar con familiares o amigos que participen en su atención, a menos que usted indique lo contrario
- Asegurarnos de que cumplimos con las normas de los organismos reguladores en lo que respecta a la calidad de la atención que brindamos
- Cumplir con todos los requisitos legales, citaciones y órdenes judiciales
- Participar en ciertas actividades de investigación previamente aprobadas
- Solicitar pagos a usted, a su compañía de seguros o a algún otro tercero pagador
- Incluir información en nuestro directorio del hospital, como el nombre y el número de habitación, para beneficio de los visitantes o miembros del clero
- Comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos, a menos que usted indique lo contrario
- Atender situaciones especiales como se describen en este Aviso, tales como la salud y la seguridad públicas

TIENE DERECHO A

- Consultar y obtener una copia de su expediente médico en el formato que elija, con ciertas restricciones
- Solicitarnos que modifiquemos la información médica protegida que tenemos sobre usted si considera que dicha información es incorrecta o está incompleta
- Solicitarnos que restrinjamos o limitemos el uso y la divulgación de su información médica protegida
- Solicitarnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar específico
- Obtener una lista de las personas o entidades que han recibido su información médica protegida de St. Mary's, con sujeción a las restricciones permitidas por la ley
- Ser notificado si su información médica protegida es divulgada o se accede a ella de manera indebida
- Obtener una copia impresa de este Aviso
- Presentar una queja (*Nadie tomará represalias ni medidas en su contra por presentar una queja*)

Cómo podemos utilizar y compartir su información médica protegida con terceros:

El personal de St. Mary's y otros profesionales de la salud del Sistema de Salud de St. Mary's pueden utilizar su información médica o compartirla con terceros con el fin de brindarle tratamiento o atención, obtener el pago por dicho tratamiento o atención, y llevar a cabo las operaciones comerciales habituales de St. Mary's. Su información médica también puede compartirse con centros de atención médica y proveedores afiliados para que puedan realizar conjuntamente ciertas actividades de pago y operaciones comerciales junto con St. Mary's. A continuación se presentan más ejemplos de cómo se puede utilizar su información con su consentimiento.

Tratamiento: Podemos compartir su información médica con los profesionales de la salud de St. Mary's que participan en su atención, y ellos, a su vez, pueden utilizar esa información para diagnosticarle o tratarle. Un profesional de la salud de St. Mary's puede compartir su información médica con otro profesional de la salud dentro de St. Mary's, o en otro centro de salud, para determinar cómo diagnosticarle o tratarle. Un proveedor de atención médica también puede compartir su información médica con otro proveedor de atención médica al que se le haya derivado para recibir atención médica adicional.

Pago: Podemos utilizar su información médica o compartirla con terceros para obtener el pago de los servicios de atención médica que le hemos prestado. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con su compañía de seguros médicos para obtener el reembolso del tratamiento o la atención que le hemos brindado. En algunos casos, podemos compartir información sobre usted con su compañía de seguros médicos para determinar si esta cubrirá su tratamiento o atención futura.

Operaciones comerciales: Podemos utilizar su información médica o compartirla con terceros con el fin de llevar a cabo nuestras operaciones comerciales habituales. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brinda, o para capacitar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le brindan. También podemos compartir su información médica con otra empresa que nos preste servicios comerciales, como una empresa de facturación. Si es así, tendremos un contrato por escrito para garantizar que esta empresa también proteja la privacidad de su información médica.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar y compartir su información médica protegida para recordarle su cita para recibir tratamiento o atención médica con proveedores de salud afiliados.

Directorio del hospital: Si ingresa en el Hospital St. Mary's, es posible que su nombre y la ubicación de su habitación aparezcan en el directorio de pacientes del hospital. El objetivo es que su familia, sus amigos y el clero externo puedan visitarlo en el hospital y, en general, saber cómo se encuentra. A menos que se oponga a que se le incluya en el directorio del hospital, no revelaremos su información a nadie que pregunte por usted, salvo que lo exija la ley. Si no desea que su información aparezca en el directorio del hospital, debe notificarlo al personal durante el proceso de admisión.

Socios comerciales: Podemos compartir su información médica protegida con un socio comercial con el que colaboramos para que nos preste asistencia, como una empresa de facturación o de informática. Los socios comerciales nos habrán garantizado por escrito que protegerán su información médica protegida tal y como exige la ley.

Alternativas de tratamiento, prestaciones y servicios: Podemos utilizar su información médica cuando nos pongamos en contacto con usted para recomendarle posibles alternativas de tratamiento o prestaciones y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Podemos utilizar su información para decidir si nos ponemos en contacto con usted o con su representante personal con el fin de recaudar fondos que nos ayuden a seguir operando. También podemos compartir esta información con una fundación benéfica que se pondrá en contacto con usted o con su representante personal para recaudar fondos en nuestro nombre. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted en relación con estas iniciativas de recaudación de fondos, comuníquese con **Christine Hutton, responsable de protección de datos, al (718) 281-8587** y dejaremos de contactarlo. Por favor, proporcione su nombre y dirección para que podamos eliminar su nombre de todas las futuras campañas de recaudación de fondos.

Amigos y familiares: A menos que usted se oponga, podemos divulgar información médica protegida a personas como familiares, parientes o amigos cercanos que le estén ayudando a recibir atención médica o a pagar dicha atención. Además, podemos divulgar información a un representante del paciente. Si una persona tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre, trataremos a ese representante del paciente de la misma manera en que lo haríamos con usted en lo que respecta a su información médica protegida. Los padres y tutores legales son, por lo general, los representantes de los pacientes menores de edad, a menos que la ley permita a los menores actuar en su propio nombre y tomar sus propias decisiones médicas en determinadas circunstancias. Si no desea que se divulgue su información médica protegida a las personas involucradas en su atención, por favor notifiquenoslo.

Iniciativas de ayuda en casos de desastre: Podemos divulgar su información médica protegida a una organización como la Cruz Roja Americana para que se pueda notificar a su familia sobre su estado de salud, situación y ubicación en caso de una catástrofe. Si nos es posible hacerlo de manera razonable mientras respondemos a la emergencia, intentaremos obtener primero su permiso para compartir esta información.

Investigación: Todos los proyectos de investigación llevados a cabo por St. Mary deben ser aprobados mediante un proceso de revisión especial para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los pacientes. Su información médica protegida puede ser importante para los esfuerzos de investigación y puede utilizarse con fines de investigación de conformidad con las leyes estatales y federales.

Los investigadores pueden ponerse en contacto con usted para preguntarle si está interesado en participar en ciertos estudios de investigación después de recibir su autorización o la aprobación de un comité de revisión especial llamado Comité de Ética en Investigación (IRB). Un IRB es un comité especial que protege los derechos y el bienestar de las personas que participan en estudios de investigación. Estos estudios no afectarán su tratamiento ni su bienestar, y su información médica privada seguirá estando protegida. La ley federal también permite a los investigadores consultar su información médica protegida al preparar futuros estudios de investigación, siempre y cuando cualquier información que lo identifique no salga de St. Mary's. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se podría utilizar la información de su expediente médico en un protocolo de investigación, llame al Director Médico al (718) 281-8863.

Conforme a lo establecido por la ley: Compartiremos su información médica protegida cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Esto incluye el envío de dicha información al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con fines de cumplimiento y aplicación de las normas de la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas del Seguro de Salud (Health Insurance Portability Accountability Act) HIPPA.

SITUACIONES ESPECIALES

Procedimientos judiciales, demandas y otras acciones legales: Podemos compartir su información médica protegida con tribunales, abogados y personal judicial cuando recibamos una orden judicial, una citación, una solicitud de presentación de pruebas, una orden de registro, una citación judicial u otras instrucciones legales de dichos tribunales u organismos públicos, así como en el marco de otros procedimientos legales, judiciales o administrativos, o para defendernos frente a una demanda interpuesta en nuestra contra.

Fuerzas del orden: Si así lo solicitan las autoridades policiales, y en la medida en que lo autorice o lo exija la ley, podemos divulgar información médica protegida:

- Para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo clave o una persona desaparecida
- Acerca de una presunta víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona
- Acerca de una muerte que se sospecha que es consecuencia de una conducta delictiva
- Acerca de una conducta delictiva en el Sistema de Salud Infantil St. Mary's, Inc.

Para evitar una grave amenaza para la salud y la seguridad: Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir o mitigar una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación se haría con el fin de ayudar a detener o reducir dicha amenaza. También podemos divulgar su información médica a los agentes del orden público si usted nos informa que participó en un delito violento que pudo haber causado daño físico grave a otra persona (a menos que haya admitido ese hecho durante la terapia), o si determinamos que se fugó de la custodia legal (como una prisión o una institución de salud mental).

Riesgos para la salud pública: De conformidad con la ley, podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades de salud pública con fines relacionados con: la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades; la notificación de hechos vitales, como fallecimientos; la denuncia de maltrato o negligencia infantil; la denuncia de violencia doméstica; la notificación de reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre retiradas del mercado; reparaciones o reemplazos de productos que puedan estar utilizando; notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una

enfermedad, y reportar a su empleador los hallazgos relacionados con enfermedades o lesiones laborales para que se pueda supervisar la seguridad en su lugar de trabajo.

Indemnización por accidentes de trabajo: Podemos compartir su información médica protegida con programas de indemnización laboral o programas similares que brinden prestaciones por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Funciones gubernamentales especializadas: Si usted es miembro de las fuerzas armadas (ya sea de los Estados Unidos o de un gobierno extranjero), es posible que compartamos su información médica protegida con las autoridades militares para que puedan cumplir con sus obligaciones legales. También podemos divulgar su información médica protegida si está relacionada con actividades de seguridad nacional e inteligencia, o con la prestación de servicios de protección al presidente o a otros funcionarios importantes, como jefes de Estado extranjeros.

Actividades de supervisión sanitaria: Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades gubernamentales locales, estatales o federales encargadas de la supervisión de asuntos médicos, según lo autorice la ley. Esto incluye a los organismos de concesión de licencias, auditoría y acreditación, así como a los organismos que administran programas de salud pública como Medicare y Medicaid.

Forenses, médicos forenses y directores de funerarias: Podemos divulgar su información médica protegida a un forense o a un médico forense cuando sea necesario para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica protegida a los directores de funerarias para que puedan desempeñar sus funciones.

Donación de órganos, ojos y tejidos: Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que se dedican a la obtención de órganos o que gestionan trasplantes de órganos, ojos o tejidos. También podemos divulgar su información a un banco de donación de órganos cuando sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Reclusos: Si usted es recluso de un centro penitenciario o se encuentra bajo la custodia de un agente de las fuerzas del orden, podemos divulgar su información médica protegida al centro penitenciario o al agente de las fuerzas del orden, según lo autorice o exija la ley. Esto incluye compartir la información necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros reclusos o de las personas encargadas de la supervisión o el transporte de los reclusos.

Divulgaciones incidentales: Aunque tomaremos las medidas razonables para proteger la privacidad de su información médica protegida, pueden producirse ciertas divulgaciones de su información durante nuestros usos o divulgaciones de su información que, de otro modo, serían permitidos, o como resultado inevitable de los mismos. Por ejemplo, durante una sesión de tratamiento, es posible que otros pacientes que se encuentren en la zona de tratamiento vean o escuchen por casualidad conversaciones sobre su información. Estas «divulgaciones incidentales» están permitidas.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Usos y divulgaciones no contemplados en este Aviso: Cualquier otro uso o divulgación de su información médica protegida que no se haya descrito anteriormente en este Aviso o que no esté permitido por ley solo se realizará con su autorización por escrito. Además, solicitaremos su autorización para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia. Cuando la ley exija el consentimiento para la divulgación, se le pedirá su consentimiento antes de realizarla. Si nos da su autorización para usar o compartir su información médica protegida, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Por favor, comprenda que no podemos retirar ninguna divulgación que ya se haya realizado con su autorización.

Según las regulaciones conocidas como Parte 2, ciertos registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias

cuentan con mayores protecciones de privacidad. Si tenemos alguno de estos registros de pacientes, no podemos utilizarlos para investigar o procesar a un paciente sin su consentimiento por escrito o de conformidad con una orden judicial, después de que se le haya presentado una notificación y se le haya dado la oportunidad de ser escuchado. Usted puede dar un consentimiento único para todos los usos y divulgaciones futuros de dichos registros con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, que no permita su uso en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos.

Se aplican protecciones especiales de privacidad a la información relacionada con el VIH, el abuso de alcohol y sustancias, la salud mental y la información genética. Es posible que algunas partes de este Aviso general de prácticas de privacidad no se apliquen a estos tipos de información. Si su tratamiento implica esta información, se le proporcionarán avisos separados que expliquen cómo se protegerá la información.

TUS DERECHOS RESPECTO A TU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Derecho a solicitar el acceso y a obtener una copia: Usted tiene derecho a consultar y obtener una copia de cualquier dato de su información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su tratamiento, siempre y cuando conservemos dicha información en nuestros registros. Esto incluye los registros médicos y de facturación. Para consultar u obtener una copia de su información médica, envíe su solicitud a **Christine Hutton, responsable de protección de datos, al (718) 281-8587**. A petición suya, le proporcionaremos una copia de su expediente en el formato que solicite, si está disponible. Esto incluye una copia impresa o una copia electrónica de su expediente, si está disponible. Si solicita una copia de su expediente, es posible que le cobremos una tarifa por el costo de la copia, el envío por correo u otros materiales que utilicemos para atender su solicitud. La tarifa estándar es de \$0.75 por página para la copia impresa y de \$10.00 para la copia electrónica. Por lo general, la tarifa debe pagarse antes o en el momento en que le entreguemos las copias. Para los residentes del Hospital Infantil St. Mary's, responderemos a su solicitud de inspección de registros en un plazo de veinticuatro horas y, por lo general, responderemos a las solicitudes de copias en un plazo de dos días hábiles. Para los pacientes y clientes de todos los demás programas de St. Mary's, el acceso a sus registros se realizará en un plazo de diez días a partir de su solicitud.

En ciertas circunstancias muy limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, le proporcionaremos un resumen de la información en su lugar. También le proporcionaremos una notificación por escrito que explique nuestras razones para proporcionar solo un resumen, y una descripción completa de sus derechos para que se revise esa decisión y cómo puede ejercer esos derechos. La notificación también incluirá información sobre cómo presentar una queja sobre 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 proporcionaremos acceso completo a las partes restantes después de excluir la información que no podemos permitirle inspeccionar o copiar. Es posible que se le cobre una tarifa por el costo de preparar el resumen de su expediente.

Derecho a solicitar un informe sobre las divulgaciones: Tiene derecho a solicitarnos una lista de las personas o entidades que hayan recibido su información médica protegida de St. Mary's en los seis años anteriores a su solicitud. Esta lista no incluirá las divulgaciones realizadas:

- A usted o a su representante personal
- Para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica
- A las personas que usted autorice para recibir su información médica protegida
- A sus familiares, parientes o amigos que participen en su atención médica
- A instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley
- Para brindarle o coordinar su atención médica
- En relación con un uso o divulgación permitidos
- A quienes soliciten su información a través del directorio del hospital
- Para servicios de seguridad nacional o de inteligencia
- Como parte de un conjunto limitado de datos con fines de investigación

Para solicitar esta lista, comuníquese con **Christine Hutton, responsable de protección de datos, al (718) 281-8587**. En su solicitud debe indicar el período correspondiente a las divulgaciones que desea que incluyamos. Por ejemplo, puede solicitar una lista de las divulgaciones que realizamos entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2005. Usted tiene derecho a recibir una lista por cada período de doce meses de forma gratuita. Sin embargo, podemos cobrarle el costo de proporcionar cualquier lista adicional en ese mismo período de doce meses. Siempre le notificaremos cualquier costo involucrado para que pueda optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier gasto.

Por lo general, responderemos a su solicitud de una lista de registros en un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo para preparar la lista de registros que ha solicitado, le notificaremos por escrito el motivo del retraso y la fecha en la que puede esperar recibirla. En casos excepcionales, es posible que tengamos que retrasar el envío de la lista de registros sin notificárselo, debido a que un funcionario encargado de hacer cumplir la ley o una agencia gubernamental nos lo haya solicitado.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos o limitemos la información médica protegida que utilizamos o divulgamos sobre usted con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. En la mayoría de los casos, debemos considerar su solicitud, pero no estamos obligados a aceptarla. Sin embargo, debemos aceptar limitar las divulgaciones realizadas a su aseguradora de salud u otro tercero pagador sobre los servicios que le brindamos si, antes de recibir los servicios médicos, usted paga el total de los mismos, a menos que la divulgación de esa información sea requerida por ley.

Para solicitar restricciones, comuníquese con **Christine Hutton, responsable de protección de datos, al (718) 281-8587**. Su solicitud debe incluir (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar cómo usamos la información, cómo la compartimos con otros, o ambas cosas; y (3) a quién desea que se apliquen las restricciones.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción y, en algunos casos, es posible que la restricción que solicite no esté permitida por ley. *Sin embargo, si damos nuestro consentimiento, quedaremos obligados por nuestro acuerdo, a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley.* Una vez que hayamos acordado una restricción, usted tiene derecho a revocarla en cualquier momento. En determinadas circunstancias, nosotros también tendremos derecho a revocar la restricción, siempre y cuando se lo notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos, necesitaremos su permiso antes de poder revocar la restricción.

Derecho a solicitar una comunicación confidencial: Tienes derecho a solicitar que nos comuniquemos contigo sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar específico. Por ejemplo, puedes pedir que nos comuniquemos contigo solo a tu domicilio, solo por correo postal o electrónico, o por mensaje de texto. Si deseas que nos comuniquemos contigo de una manera especial, deberás proporcionarnos los datos de contacto, incluida una dirección alternativa válida. También deberá proporcionarnos información sobre dónde pueden enviarse sus facturas. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando los medios o la ubicación solicitados, es posible que nos comuniquemos con usted utilizando cualquier información que tengamos.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted o con su representante personal sobre sus asuntos médicos de una manera más confidencial. Si solicita que sus comunicaciones sean más confidenciales, ***no le preguntaremos el motivo de su solicitud e intentaremos atender todas las peticiones razonables.*** Por favor, especifique en su solicitud cómo desea que nos pongamos en contacto con usted o con su representante personal, y cómo se gestionará el pago de su atención médica en caso de que nos comuniquemos con su representante personal a través de este método o lugar alternativo. Tal y como se indica en este Aviso, esta solicitud debe enviarse a **Christine Hutton, responsable de privacidad** del Sistema de Salud Infantil St. Mary's, Inc., 333 Earle Ovington Blvd, Suite 600, Uniondale, NY 11552.

Derecho a recibir notificación de una vulneración: Usted tiene derecho a que se le notifique en caso de que St. Mary's o sus socios comerciales incumplan la confidencialidad de su información médica protegida no cifrada. La notificación le indicará la fecha en que descubrimos la violación, una breve descripción del tipo de información afectada y las medidas que estamos tomando para investigar y mitigar la situación, así como la información de contacto para que pueda hacer preguntas y obtener información adicional.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso: Si lo solicita, puede obtener en cualquier momento una copia impresa de este Aviso, incluso si anteriormente aceptó recibirlo por vía electrónica. Para solicitar una copia, póngase en contacto con **Christine Hutton, responsable de protección de datos, al (718) 281-8587**, o solicítela en el departamento de admisiones durante su próxima visita.

Cómo presentar una queja sobre privacidad: Si considera que no se han respetado sus derechos de privacidad tal y como establecen las regulaciones federales y la legislación estatal, o tal y como se explica en este Aviso, puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, presentar una queja por escrito a través de nuestro sistema de denuncias en línea, o enviarnos una queja por escrito a: **Christine Hutton, responsable de privacidad** del Sistema de Salud Infantil St. Mary's, Inc., 333 Earle Ovington Blvd, Suite 600, Uniondale, NY 11552.

Línea directa de cumplimiento: (888) 343-2581 o denuncia a través de la web: <https://www.integrity-helpline.com/stmaryskids.jsp>.

No se tomarán represalias contra usted ni se le negarán servicios de salud si presenta una queja: Si no está satisfecho con nuestra respuesta a su queja sobre privacidad o desea presentar una queja, también puede hacerlo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La queja debe presentarse por escrito; debe describir el motivo de la queja y las personas u organización que usted cree que violaron su privacidad, y debe presentarse dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que usted supo o debió haber sabido que ocurrió la violación. La queja debe enviarse a: Oficina de la Región de Long Island a info.longisland@dhr.ny.gov o por Teléfono al (516) 539-6848 o a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Cambios futuros en las prácticas de privacidad de Sistema de Salud Infantil St. Mary's, Inc. y en este Aviso: Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso y las prácticas de privacidad de las organizaciones a las que se aplica este Aviso sin notificárselo previamente. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica protegida que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Para solicitar una copia del Aviso más reciente, comuníquese **Christine Hutton, responsable de protección de datos, al (718) 281-8587** o solicite una en el departamento de admisiones en su próxima visita. El presente aviso también se publicará en el sitio web de St. Mary's, www.stmaryskids.org. En cualquier momento, puede

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 esperado. 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