

# Community Health Center, Inc. is at your school!

## In-School Services Provided

### Behavioral Health:

- Crisis Intervention
- Individual Counseling
- Group Counseling
- Family Counseling
- Referrals



Please keep this sheet for your records.

**Questions or concerns? Call 860-347-6971 ext: 3796.**

You can also enroll online: <http://www.sbhc1.com>



I give permission for my child/self to obtain BEHAVIORAL HEALTH/COUNSELING SERVICES. [ ] YES [ ] NO
All insurances will be billed at time of visit. No out of pocket fees or copays associated with services rendered in school.

I certify that the health information provided is accurate to the best of my knowledge and understand that incorrect information can be dangerous to the student/patient's health. I will notify CHC of any changes to medical information. [ ] YES [ ] NO

I have received a copy of CHC's Rights and Responsibilities Policy. [ ] YES [ ] NO

RELEASE OF INFORMATION AND PAYMENT AUTHORIZATION: [ ] YES [ ] NO
I authorize the release of any medical, dental or behavioral health information necessary to process my claim. I also authorize payment of health benefits to Community Health Center, Inc. for services provided.

CONSENT AND ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICES: [ ] YES [ ] NO
I consent to the use or disclosure of my protected health information by CHC to any person or organization for the purposes of carrying out treatment, obtaining payment or conducting certain healthcare operations. Protected health information use or disclosed to CHC may include HIV/AIDS related information, psychiatric/mental health information, drug/alcohol treatment information, as long as such information is used or disclosed in accordance with Connecticut and Federal law, which may require you to provide specific authorization. I understand that information regarding how CHC will use and disclose my information can be found in CHC's Notice of Privacy Practices. I understand my consent is effective for as long as CHC maintains my protected health information.

AUTHORIZATION FOR EXCHANGE OF HEALTH & EDUCATION INFORMATION: [ ] YES [ ] NO
I hereby authorize Community Health Center, Inc. (CHC) to exchange health and education records with my child's school district for the purpose of providing care and treatment to my child, if applicable.

PATIENT INFORMATION \* Required information.

Full Legal Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_
Street Address/Apt #: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_
Sex: [ ] Male [ ] Female Social Security Number: \_\_\_\_\_ Ethnicity (check box): [ ] Hispanic [ ] Non-Hispanic
Race (check box): [ ] Unknown [ ] American Indian [ ] Pacific Island [ ] Alaskan Native [ ] Black [ ] Asian [ ] White [ ] Other \_\_\_\_\_
Patient's Primary Language: \_\_\_\_\_ Does the patient qualify for free/reduced lunch?: [ ] Yes [ ] No
School Patient Attends: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_
Primary Care Provider's Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_
Dentist's Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

INSURANCE INFORMATION

\* Medical Insurance: \_\_\_\_\_ \* Medicaid ID #: \_\_\_\_\_ \* Private Ins. ID/Policy #: \_\_\_\_\_ \* Group Number: \_\_\_\_\_
\* Insurance Address: \_\_\_\_\_ \* Insurance Phone Number: \_\_\_\_\_ (info on back of card)
\* Policy Holder Name: \_\_\_\_\_ \* Policy Holder DOB: \_\_\_\_\_
\* Dental Insurance: \_\_\_\_\_ \* Private Ins. ID/Policy #: \_\_\_\_\_ \* Group Number: \_\_\_\_\_
\* Insurance Address: \_\_\_\_\_ \* Insurance Phone Number: \_\_\_\_\_ (info on back of card)
\* Policy Holder Name: \_\_\_\_\_ \* Policy Holder DOB: \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_
\* Street Address/Apt #: (If different from above): \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_
I agree that messages can be left for me on: [ ] Home Phone [ ] Cell Phone [ ] Work Phone
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_
Student's Cell Phone: \_\_\_\_\_ Student's Email Address: \_\_\_\_\_ Email Address of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT (If different than Parent/Guardian)

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

\* Signature of Parent/Legal Guardian or Student if over 18 years old: \_\_\_\_\_

\* Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

By signing above, I understand and acknowledge that I have read and understand this consent and I have received CHC's Notice of Privacy Practices currently in effect. I also understand that this authorization is valid until I revoke this authorization. I understand I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records if received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by Family Education Rights and Privacy Act.

# Student/Patient Medical History

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY

Does the patient have any medical conditions?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Explain:
Does the patient take any medications? (including inhalers)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	List all medications:
Has the patient had any serious injuries?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Explain:
Does the patient have a birth or heart defect or have history of a heart problem or surgery?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Explain:
Has the patient ever been hospitalized overnight?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Explain:
Has the patient had any surgery in the past?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Explain:
Has the patient had any shunts placed or has an indwelling catheter?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Explain:
Is/was the patient a teen parent?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Is the patient pregnant or possibly pregnant?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Due date:
Is the patient currently nursing?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Is premedication with antibiotics needed prior to dental procedures?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Explain:
Does the patient smoke or chew tobacco?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

## Does the patient have or had any of these PROBLEMS?

Anemia/blood disorders	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Pneumonia	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Asthma	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Rheumatic fever, heart disease, murmur	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Autism	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Scoliosis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Bladder or kidney infections	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Seizures	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Cancer/leukemia	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Thyroid disease	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Chicken pox	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Ulcer/digestive problem	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Eating issues	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Any mental health issues?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Endocrine/gland disease/ autoimmune disease	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Any birth or congenital defects (spina bifida, brain, heart, lung, etc.)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Headaches/migraines	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Any problems with teeth?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Hepatitis or liver problems	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Any teeth causing pain?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Learning/developmental issues	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Any bleeding when brushing or flossing?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Mononucleosis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Had a dental cleaning within the last 6 months?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Overweight/obesity	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Other:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

## ALLERGIES

Any foods (including lactose intolerance)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Comment:
Any medications (including over the counter or antibiotics; penicillin or amoxicillin)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Comment:
Local anesthetics (including lidocaine) or latex	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Comment:
Does the patient have an Epi-Pen at school?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Comment:
Other:		Comment:

## BEHAVIORAL HEALTH

<b>Would you like to enroll the patient in behavioral health services?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Has the patient ever had counseling services? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, when and with whom?			
<b>Has the patient ever had any of the following:</b>			
Family changes	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Anger issues	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
School issues	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Attention difficulties	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Social/peer stresses	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Sadness and/or mood swings	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Anxiety	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Truancy/school avoidance	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Learning disabilities	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Recent loss	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
If answered yes to any of the above, please comment:			

- 13. Reclusos/Custodia policial.** Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo custodia policial, su información médica podrá ser revelada a la institución o funcionario para ciertos fines, que incluyen su propia salud y seguridad así como la de los demás.
- 14. Compensación de los trabajadores.** Su información médica podrá ser utilizada o revelada para cumplir con la legislación relacionada con la compensación de los trabajadores o pro- gramas similares.
- 15. Ayuda en caso de desastres.** Se podrá revelar su información médica a una organización de apoyo en caso de desastres.
- 16. Alternativas de tratamientos y servicios y beneficios relacionados con la salud.** Se podrá utilizar o revelar su información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento y servicios y beneficios relacionados con la salud que puedan interesarle.
- 17. Socios comerciales.** Se podrá revelar su información médica a nuestros socios comerciales en virtud de un Acuerdo de socio comercial.
- 18. Investigación.** CHC podrá usar su información médica para fines de investigación cuando un comité de revisión institucional o un comité de privacidad haya revisado los protocolos estable- cidos en la propuesta de investigación y haya aprobado que la investigación asegura la privaci- dad de su información médica.

**C. Se requerirá su autorización por escrito para todo otro uso o revelación de su información médica**

- 1.** Obtendremos su autorización por escrito (una "Autorización") con anterioridad a realizar cualquier uso o revelación que no esté incluida dentro de los descriptos anteriormente. La mayoría de los usos y revelaciones de notas sobre la salud mental, usos y revelaciones sobre su información médica protegida que se realicen con objetivo de mercadeo o revelaciones que constituyan la venta de información médica protegida requerirán su autorización por escrito.
- 2.** Una Autorización por escrito está diseñada para informarle sobre un uso o revelación es- pecífica (que no sean algunos de los descriptos anteriormente) que se planea realizar de su información médica. La Autorización describe la información médica particular a ser utilizada o revelada y el objetivo del uso o la revelación. Cuando resulte aplicable, la Autorización por escrito especificará asimismo el nombre de la persona a quien se le está revelando la infor- mación. La Autorización contendrá asimismo una fecha de caducidad.
- 3.** Podrá revocar por escrito en cualquier momento una Autorización que haya otorgado previamente por escrito. Si revoca su Autorización, ya no utilizaremos o revelaremos su información médica para los propósitos especificados en la Autorización, con excepción de cuando ya se hubieran realizado acciones en función de su Autorización.

**D. Sus derechos con respecto a su información médica**

- 1. Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de requerir que se restrinja la forma en que se utiliza o revela su información médica para el tratamiento, pago o acciones relacionadas con la atención médica. Sin embargo, no es necesario que aceptemos la restricción con excepción de algunas circunstancias. Por ejemplo, debemos aceptar su solicitud de restringir las revelaciones a su plan médico con el objetivo del pago o de acciones relacionadas con su atención médica que no sean requeridas por ley si la información está únicamente relacionada con un artículo o servicio de atención médica que usted haya pagado de su bolsillo. Si estamos de aceptamos una restricción, cumpliremos con ella excepto en el caso de una emergencia.
- 2. Derecho a requerir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de requerir que nos comuniquemos con usted en relación a sus temas de salud de una cierta forma o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted solamente a través de un número telefónico en particular. Nos ajustaremos a sus solicitudes razonables.
- 3. Derecho de acceder a la información médica personal.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y, ante solicitud por escrito, obtener copia de su información médica.
- 4. Derecho a solicitar modificaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información médica. Su pedido debe realizarse por escrito y debe incluir la(s) razón(es) de dicha modificación. Se podrá denegar su pedido de modificación en algunas circunstancias. Si su pedido de modificación es denegado, le enviaremos un informe de denegación por escrito que incluya los motivos de la denegación. Tiene el derecho de presentar una declaración por escrito en disconformi- dad con la denegación, que será incluida en su expediente médico.
- 5. Derecho a recibir una declaración de las revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una "declaración" sobre las revelaciones realizadas de su información médica. Deberá presentar su pedido por escrito y deberá declarar el período de tiempo sobre el cual desea recibir la declaración de la revelación. La declaración incluirá la fecha de la revelación; el nombre de la persona o entidad que recibió la información y su dirección, de conocerla; una breve descripción de la información revelada; y una breve declaración del objeto de la revelación. La primera declaración proporcionada dentro de un período de 12 meses será gratuita; si requiriera otras declaraciones se le podrá cobrar por el costo administrativo.
- 6. Notificación sobre incumplimiento respecto de su información médica.** Tiene derecho a recibir una notificación por escrito de cualquier "incumplimiento" respecto de su información médica protegida no asegurada, tal y como se define en 45 CFR §164.402.

**E. Normativa especial sobre revelación de salud mental e información relacionada con el VIH**

Se aplicarán restricciones especiales para revelaciones relacionadas con cierta infor- mación médica tal como información relacionada con el VIH o expedientes sobre tratamiento de salud mental que podamos haber recibido de otro proveedor. Por lo general, revelaremos dicha información únicamente mediante una Autorización, o si es requerido por la ley.

**F. Información sobre este Aviso o para informar sobre una inquietud sobre nuestras prácticas de privacidad**

- 1.** Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante nuestra oficina o la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) en 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington D.C. 20201.
- 2.** Para presentar una queja con nosotros deberá contactar a: Privacy Officer, Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut, 06457, Tel: 860-347-6971 (3651) o (3535)
- 3.** No se tomará ninguna clase de represalia por haber presentado una queja contra CHC .



**Community Health Center, Inc.**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

The Community Health Center, Inc. (CHC) respects the privacy and confidentiality of your health information. This Notice of Privacy Practices ("Notice") describes how we may use and disclose your health information and how you can get access to this information. This Notice applies to uses and disclosures we may make of all your health information whether created or received by us.

**I. Our Responsibilities to You**

We are required by law to:

- 1.** Maintain the privacy of your health information and to provide you with notice of our legal duties and privacy practices.
- 2.** Comply with the terms of our current Notice

We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all health information we maintain. Should we make material changes, revised notices will be made by posting in the various CHC offices and will be available on the CHC's website. Copies of the revised notices may be obtained from the Privacy Officer of the Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut, 06457.

**II. How CHC May Use or Disclose Your Health Information**

**A. For Treatment, Payment and Healthcare Operations**

- 1. For Treatment.** CHC may use and disclose your health information to provide you with treatment and services and to coordinate your continuing care. Your health information may be used by doctors, counselors, dentists, and nurses, as well as by lab technicians, dieticians, specialists or others involved in your care, both within and outside CHC. For example, a pharmacist will need certain information to fill a prescription ordered by your doctor.
- 2. For Payment.** CHC may use and disclose your health information to others for purposes of receiving payment for treatment and services that you receive. For example, a bill may be sent to you or a third-party payor, such as an insurance company or health plan. The information on the bill may contain information that identifies you, your diagnosis, and treatment or supplies used in the course of treatment.
- 3. For Health Care Operations.** CHC may use and disclose health information about you for operational purposes. For example, your health information may be disclosed to members of the medical staff, risk or quality improvement personnel, and others to: Evaluate the performance of our staff; Assess the quality of care and outcomes in your case and similar cases; Learn how to improve our facilities and services; and Determine how to continually improve the quality and effectiveness of the health care we provide.

**B. Other Uses and Disclosures We May Make Without Your Written Authorization**

- 1. Appointments.** CHC may use your information to call, mail letters or postcards, or send to your patient portal to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to the individual. You may request, in writing, that CHC not use one or more of those methods for providing appointment reminders.
- 2. Required by Law.** CHC may use and disclose information about you as required by law.
- 3. Persons Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may disclose health information about you to a family member, close personal friend or other persons you identify in your Permission to Share Health Information form. These disclosures are limited to information relevant to the person's involvement in your care or in arranging payment for your care and only to those individuals you have specifically indicated we may com- municate with.
- 4. Public Health Activities.** We may disclose your health information for public health activities. These activities generally include: 1.) to prevent and control disease, injury or disability; 2.) to report child or elder abuse and neglect; 3.) to report problems with medica- tions; and 4.) to report immunizations to the CIRTS registry.
- 5. Reporting Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence.** If we believe that you have been a victim of child or elder abuse or neglect, we may disclose your health information to notify a government authority.
- 6. Health Oversight Activities.** We may disclose your health information to a health oversight agency for activities authorized by law. A health oversight agency is a state or federal agency that oversees the health care system. Some of the activities may include, for example, audits, investigations, inspections and licensure actions.
- 7. Judicial and Administrative Proceedings.** We may disclose your health information in response to a court or administrative order. We also may disclose information in re- sponse to a subpoena, discovery request, or other lawful process.
- 8. Law Enforcement.** We may disclose your health information for certain law enforce- ment purposes, including, for example, to file reports required by law or to report emergencies or suspicious deaths; to comply with a court order, warrant, or other legal process; to identify or locate a suspect or missing person; or to answer certain requests for information concerning crimes.
- 9. Coroners, Medical Examiners, Funeral Directors, Organ Procurement Organizations.** We may release your health information to a coroner, medical examiner, funeral direc- tor and, if you are an organ donor, to an organization involved in the donation of organs and tissue.
- 10. To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** When necessary to prevent a serious threat to your health or safety, or the health or safety of the public or another person, we may use or disclose your health information to someone able to help lessen or prevent the threatened harm.
- 11. Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may use and disclose your health information as required by military command authorities.
- 12. National Security and Intelligence Activities; Protective Services for the President and Others.** We may disclose health information to authorized federal officials con- ducting national security and intelligence activities or as needed to provide protection to the President of the United States, certain other persons or foreign heads of states or to conduct certain special investigations.
- 13. Inmates/Law Enforcement Custody.** If you are an inmate of a correctional institu- tion or under the custody of a law enforcement official, we may disclose your health information to the institution or official for certain purposes including your own health and safety as well as that of others.
- 14. Workers' Compensation.** We may use or disclose your health information to comply with laws relating to workers' compensation or similar programs.
- 15. Disaster Relief.** We may disclose health information about you to an organization assisting in a disaster relief effort.
- 16. Treatment Alternatives and Health-Related Benefits and Services.** We may use or disclose your health information to inform you about treatment alternatives and health- related benefits and services that may be of interest to you.

**17. Business Associates.** We may disclose your health information to our business associates under a Business Associate Agreement.  
**18. Research.** CHC may use your health information for research purposes when an institutional review board or privacy board has reviewed the research proposal established protocols and has approved the research to ensure the privacy of your health information.

#### **C. Your Written Authorization is Required for All Other Uses or Disclosures of Your Health Information**

**1.** We will obtain your written authorization (an "Authorization") prior to making any use or disclosure other than those described above. Most uses and disclosures of behavioral health notes, uses and disclosures of your protected health information that are made for marketing purposes or disclosures that constitute a sale of protected health information require your written authorization.  
**2.** A written Authorization is designed to inform you of a specific use or disclosure (other than those described above) that we plan to make of your health information. The Authorization describes the particular health information to be used or disclosed and the purpose of the use or disclosure. Where applicable, the written Authorization will also specify the name of the person to whom we are disclosing the information. The Authorization will also contain an expiration date.

**3.** You may revoke a written Authorization previously given by you at any time but you must do so in writing. If you revoke your Authorization, we will no longer use or disclose your health information for those purposes specified in the Authorization except where we have already taken action in reliance on your Authorization.

#### **D. Your Rights Regarding Your Health Information**

**1.** Right to Request Restrictions. You have the right to request that we restrict the way we use or disclose your health information for treatment, payment or health care operations. However, we are not required to agree to the restriction except under limited circumstances. For example, we must agree to your request to restrict disclosures about you to your health plan for purposes of payment or healthcare operations that are not required by law if the information pertains solely to a health care item or service for which you have paid us in full out of pocket. If we do agree to a restriction, we will honor that restriction except in the event of an emergency.  
**2.** Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that we communicate with you concerning your health matters in a certain manner or at a certain location. For example, you can request that we contact you only at a certain phone number. We will accommodate your reasonable request.  
**3.** Right of Access to Personal Health Information. You have the right to inspect and, upon written request, obtain a copy of your health information.  
**4.** Right to Request Amendment. You have the right to request that we amend your health information. Your request must be made in writing and must state the reason(s) for the requested amendment. We may deny your request for amendment under certain circumstances. If we deny your request for amendment, we will give you a written denial notice, including the reasons for the denial. You have the right to submit a written statement disagreeing with the denial which will be included in your health record.  
**5.** Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to request an "accounting" of certain disclosures of your health information. You must submit your request in writing and you must state the time period for which you would like the accounting of disclosure. The accounting will include the disclosure date; the name of the person or entity that received the information and address, if known; a brief description of the information disclosed; and a brief statement of the purpose of the disclosure. The first accounting provided within a 12-month period will be free; for further requests, we may charge you our costs for completing the accounting.  
**6.** Notification of Breaches of Your Health Information. You have the right to receive written notification of any "breach" of your unsecured protected health information, as that term is defined in 45 CFR §164.402.

#### **E. Special Regulations Regarding Disclosure of Behavioral Health and HIV-Related Information.**

For disclosures concerning certain health information such as HIV-related information or records regarding behavioral health care that have been sent to us by another provider, special restrictions apply. Generally, we will disclose such information only with an Authorization, or as otherwise required by law.

#### **F. For Information About This Notice or to Report A Concern Regarding Our Privacy Practices**

**1.** If you believe that your privacy rights have been violated, you may file a complaint in writing with us or with the Office of Civil Rights in the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington D.C. 20201.  
**2.** To file a complaint with us, you should contact: Privacy Officer, Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut 06457, Tel: 860-347-6971 (3651) or (3535)  
**3.** We will not retaliate against you in any way for filing a complaint against CHC.



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y REVELARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.**

El Community Health Center, Inc. (CHC, por sus siglas en inglés) respeta la privacidad y confidencialidad de su información médica. Este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") describe cómo podemos utilizar y revelar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. Este Aviso se aplica a los usos y revelaciones que podamos realizar sobre toda su información médica creada por nosotros o que hayamos recibido .

#### **I. Nuestra responsabilidad para con usted**

De acuerdo a lo exigido por la ley, debemos:

1. Mantener la privacidad de su información médica y darle aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad .
2. Cumplir con los términos de nuestro Aviso en vigencia

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de establecer nuevas disposiciones para toda la información médica que mantenemos en nuestro poder. En caso de realizar cambios materiales, se exhibirán avisos revisados en las distintas oficinas de CHC y estarán disponibles en el sitio web de CHC. Pueden solicitarse copias de los avisos revisados al Oficial de Privacidad (Privacy Officer, en inglés) de Community Health Center, Inc. 575 Main Street, 2do. piso, Middletown, Connecticut, 06457 .

#### **II. Formas en que CHC puede usar o revelar su información médica**

##### **A. Para el tratamiento, el pago y las acciones relacionadas con la atención médica**

**1. Para su tratamiento.** CHC podrá utilizar y revelar su información médica para proporcionarle tratamiento y servicios y para coordinar la continuidad de su atención médica. Su información médica podrá ser utilizada por doctores, consejeros, dentistas y enfermeros, así como por técnicos de laboratorio, nutricionistas, especialistas u otras personas que participen en su atención, tanto dentro como fuera de CHC. Por ejemplo, un farmacéutico necesitará cierta información para preparar la receta que ordenó su doctor .  
**2. Para el pago.** CHC podrá usar y revelar su información médica a terceros a los fines de recibir el pago por el tratamiento y los servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, es posible que se le envíe una factura a usted o a un tercero que sea pagador, ya sea una aseguradora o un plan médico. La información contenida en la factura podrá incluir datos que lo identifiquen a usted, a su diagnóstico y al tratamiento o los suministros que se hayan utilizado en el curso del tratamiento .  
**3. Para acciones relacionadas con la atención médica.** CHC podrá usar y revelar su información médica personal para fines operacionales. Por ejemplo, su información médica se podrá proporcionar a los integrantes del equipo médico, del personal de prevención de riesgos o de mejoramiento de calidad, entre otras personas, a fin de poder: evaluar el desempeño de nuestro personal; evaluar la calidad de nuestras prestaciones y resultados tanto en su caso como en casos similares; aprender cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios; y determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la efectividad de las prestaciones médicas que ofrecemos.

##### **B. Otros usos y revelaciones que podremos realizar sin su autorización por escrito**

**1. Citas médicas.** CHC podrá utilizar su información para realizar llamadas, enviar cartas o tarjetas postales, o enviar a su portal del paciente recordatorios de citas médicas o información acerca de alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden llegar a ser de interés para cada persona. Usted podrá requerir por escrito que CHC no utilice uno o más de estos métodos para enviarle recordatorios de citas médicas .  
**2. Exigido por la ley.** CHC podrá usar y revelar su información personal según lo exija la ley .  
**3. Las personas que participen en su atención médica o en el pago de su atención médica.** Podemos revelar su información médica a familiares, amigos cercanos u otras personas que indique en su formulario de permiso para compartir información médica. Estas revelaciones estarán limitadas a la información pertinente para la participación de la persona en su atención médica o para arreglar el pago de su atención médica y se entregará solamente a las personas que usted haya indicado específicamente .  
**4. Actividades de salud pública.** Podemos revelar su información médica para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen generalmente: 1) prevenir y controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; 2) comunicar abuso o abandono infantil o de ancianos; 3) informar problemas con medicamentos; y 4) informar inmunizaciones al registro de CIRTS (Connecticut Immunization Registry and Tracking System, Programa de Inmunizaciones y Registro del estado de Connecticut, por sus siglas en inglés).  
**5. Notificar sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Si consideramos que usted ha sido víctima de abuso o negligencia infantil o de ancianos, podremos revelar su información médica para notificar a una autoridad gubernamental.  
**6. Actividades de supervisión de la salud.** Su información médica podrá ser revelada a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Una agencia de supervisión de la salud es una agencia estatal o federal que supervisa el sistema de salud. Algunas de las actividades pueden incluir, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acciones de licenciamiento.  
**7. Procesos judiciales y administrativos.** Su información médica podrá ser revelada para cumplir con una orden judicial o administrativa. Se podrá revelar asimismo información en caso de ser citados por el tribunal, ante un requerimiento de descubrimiento de prueba u otro proceso legal.  
**8. Aplicación de la ley.** Se podrá revelar su información médica en algunos casos para cumplir con la ley como por ejemplo, para presentar informes requeridos por ley o para informar sobre emergencias o muertes sospechosas; para cumplir con un requerimiento del tribunal, orden judicial u otro proceso legal; para identificar o ubicar una persona sospechosa o perdida; o para cumplir con ciertos pedidos de información sobre delitos.  
**9. Médicos forenses, examinadores médicos, directores funerarios, organizaciones de donación de órganos.** Se podrá revelar su información médica a un médico forense, examinador médico, director funerario y, en caso de que sea un donante de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.  
**10. Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Cuando sea necesario, a fin de evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la de otra persona o el público, podremos utilizar o revelar su información médica a alguien capaz de ayudar a mitigar o prevenir las amenazas de daño.  
**11. Militares y veteranos.** En caso de que sea miembro de las fuerzas armadas, podremos utilizar y revelar su información médica como sea requerido por las autoridades militares superiores.  
**12. Actividades de inteligencia y seguridad nacional; servicios de protección para el presidente y otros.** Se podrá revelar información médica a funcionarios federales autorizados que realicen actividades de inteligencia y seguridad nacional o como resulte necesario para proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos, a algunas otras personas o a los jefes de estado extranjeros o para realizar algunas investigaciones especiales.