



## Programa escolar de telemedicina

Conectando a su hijo con una atención conveniente

# Materiales de inscripción para el paciente

Año escolar 2022 – 2023



## Programa escolar de telemedicina de Shannon

Shannon Clinic ("Shannon") se complace en trabajar con el distrito escolar de su hijo para ofrecer una nueva opción de atención pediátrica para padres y estudiantes. A través del equipo de video y comunicación de alta definición para telemedicina, el enfermero escolar puede conectarse con un médico o un profesional de práctica avanzada ("proveedor") para una evaluación y tratamiento rápidos con el fin del brindar cuidado a su hijo mientras permanece dentro de la escuela.

### ¿Cómo funciona el programa?

Con el consentimiento de los padres, un proveedor de Shannon podrá evaluar a un estudiante a través de una consulta en línea de telemedicina. El enfermero escolar primero evaluará rápidamente al estudiante en persona. Si el enfermero determina que el niño podría beneficiarse con otra evaluación, se comunicará con los padres para informarles sobre la visita de telemedicina y para invitarlos a participar, de acuerdo a su disponibilidad. El proveedor completará una evaluación del estudiante para incluir comentarios del enfermero escolar y del padre, madre o tutor legal participante durante la visita.

El enfermero de la escuela asistirá al proveedor durante la evaluación mediante el uso de equipos especiales, según sea necesario. El proveedor puede escuchar el corazón y los pulmones del estudiante a través de un estetoscopio digital. El proveedor también puede examinar de cerca los oídos, la garganta, la erupción o las excoriaciones del estudiante con una cámara de alta definición.

Una vez completada la evaluación, el proveedor dará instrucciones para la atención de seguimiento y enviará una orden a la farmacia de su elección para los medicamentos recetados, en caso de que sea necesario. Se mantendrá un registro de la visita de su hijo en su historia clínica en Shannon Clinic para consultas posteriores. El padre, madre o tutor legal tendrá acceso a toda la información del tratamiento a través de My Chart, el portal de historias clínicas en línea de Shannon.

### ¿Cuáles son ejemplos de afecciones que podrían tratarse?

Algunos ejemplos de afecciones que podrían tratarse mediante telemedicina son:

- Dolor de oído
- Fiebre
- Tos y resfriado
- Erupciones cutáneas e infecciones menores en la piel
- Excoriaciones y raspaduras
- Faringitis estreptocócica y gripe
- Dolor de cabeza
- Conjuntivitis
- Asma
- Alergias
- Piojos

Algunas necesidades médicas requerirán una evaluación en persona por parte del proveedor médico. Es posible que se le solicite programar una cita con el médico de atención primaria de su hijo directamente si la evaluación mediante telemedicina no resulta suficiente para determinar un diagnóstico.

### ¿Cómo inscribo a mi hijo en el programa?

Puede registrarse completando y entregando el material impreso (disponible en la oficina del enfermero escolar) en la escuela de su hijo. La institución presentará toda la documentación requerida a Shannon para inscribir a su hijo en el programa.

## ¿Cuánto cuesta?

No hay costo para inscribirse en este programa. Si su niño tiene una visita, nosotros facturamos su seguro médico y cualquier montos de copago requeridos después de la visita. Se facturará como una visita de atención urgente. Aquellos sin seguro recibirán un descuento de autopago y se les facturará después de la visita.

## ¿Cómo me registro para ver el resumen de visitas de mi hijo en el portal de atención médica?

Una vez que se haya completado el registro del programa para su hijo, usted podrá acceder a MyChart de Shannon siguiendo los pasos a continuación:

Si actualmente es paciente de Shannon, inicie sesión en su cuenta MyChart, haga clic en el botón *Profile* (Perfil) para acceder al menú desplegable y seleccione *Personalize* (Personalizar). Siga las instrucciones para completar la Solicitud de acceso en línea a la historia clínica de un menor.

Si actualmente no es paciente de Shannon, llame a la Centro de Ayuda de MyChart al 325-481-8810 o envíe un correo electrónico a [mychart@shannonhealth.org](mailto:mychart@shannonhealth.org).

## ¿Cómo puedo saber si mi hijo tiene una cita de telemedicina programada?

Cuando un estudiante se presenta en la oficina del enfermero escolar, el enfermero evaluará la afección del estudiante y se comunicará con el padre, madre o tutor legal para analizar si considera apropiado programar una cita. No se puede programar una cita sin el consentimiento de un padre, madre o tutor legal.

## ¿Cómo puedo participar en la cita de telemedicina de mi hijo?

Usted podrá participar en la cita de telemedicina de su hijo de dos maneras diferentes. El proveedor podrá preguntarle acerca del historial médico de su hijo o los medicamentos que toma actualmente, así que tenga esta información lista y disponible.

- 1) Usted podrá asistir a la cita de telemedicina en persona acercándose a la escuela de su hijo.
- 2) Usted podrá escuchar la cita de telemedicina de su hijo por teléfono.

## ¿A quién debo contactar si tengo preguntas?

- **Preguntas sobre el registro o el seguimiento de la visita clínica de mi hijo en la escuela:** si tiene preguntas sobre el registro en el Programa escolar de telemedicina de Shannon, sobre las recomendaciones hechas para la atención de su hijo, sobre los medicamentos o para informar un cambio en el estado de su hijo, comuníquese con Shannon Pediatric Clinic llamando al 325-481-2287.
- **Necesidades de atención médica de rutina:** comuníquese con el médico de atención primaria de su hijo para cualquier chequeo/vacunación de rutina.
- **Necesidades de atención médica escolares:** analice cualquier necesidad de atención médica que su hijo podría tener mientras esté en la escuela directamente con el enfermero escolar en el campus de su hijo.

## Entregue la siguiente documentación al enfermero escolar:

1. **Formulario de inscripción** - información demográfica de su hijo.
2. **Consentimiento y reconocimientos para telemedicina:** autoriza a un proveedor de Shannon Clinic a evaluar y tratar a su hijo mediante telemedicina.
3. **Formulario de información del paciente e historial médico:** historial médico e información general de salud para su hijo que el proveedor de Shannon Clinic consultará durante la visita.
4. **Aviso de Prácticas de Privacidad:** folleto detallado sobre las prácticas de privacidad de Shannon Clinic para los padres o tutores. *No es necesaria su devolución.*

Año escolar: \_\_\_\_\_

# 1. Formulario de registro

## Información del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido Primer nombre INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle N.º de apartamento/unidad

Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Idioma principal hablado: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grado en el que se encuentra el estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito escolar independiente (ISD, por sus siglas en inglés) de la escuela: \_\_\_\_\_ Campus escolar: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Número de la farmacia: \_\_\_\_\_

## Información el Seguro: Por la presente doy mi permiso para que Shannon Clinic facture mi seguro de la siguiente manera:

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Asegurador de Póliza: \_\_\_\_\_

Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo.: \_\_\_\_\_

Domicilio de Cobro listado en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono listado en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Empleador del miembro: \_\_\_\_\_

## Información sobre el padre o tutor

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Apellido Primer nombre INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle N.º de apartamento/unidad

Ciudad Estado Código postal

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: Fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Laboral \_\_\_\_\_

00015650;2 ¿tiene el estudiante un cuenta de Shannon MyChart?  si  no

## 2. CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTOS PARA TELEMEDICINA

1. **Autorización y consentimiento para la atención:** doy mi consentimiento y autorizo a un médico de Shannon Clinic o a un profesional de práctica avanzada ("Proveedor"), a cualquier sustituto designado, a los empleados de Shannon Clinic y a cualquier practicante afiliado a Shannon Clinic a prestar servicios de enfermería de rutina y atención médica a mi hijo, incluidos exámenes, pruebas, medicamentos, tratamiento médico, fotos, videos y otros servicios que se consideren recomendables para el paciente durante la visita de telemedicina. Esto incluye el permiso para llevar a cabo las órdenes del proveedor.
  - Entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que tanto el diagnóstico como el tratamiento podrán implicar riesgos. Entiendo que nadie puede garantizar los resultados de ningún tratamiento de atención médica.
  - Otros proveedores de atención médica podrían incluir otros médicos tratantes o médicos con los que realice consultas, sus asociados, asistentes técnicos, enfermeros, profesionales de práctica avanzada y otro personal hospitalario.
  - Este consentimiento se aplica durante la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente que está siendo atendido en Shannon Clinic y sus compañías afiliadas (también llamado "Shannon"). Shannon abarca las compañías: Shannon Medical Center, Shannon Clinic y Shannon Business Services.
  - También doy mi consentimiento para permitir que los estudiantes (como becarios médicos, residentes de medicina, estudiantes de medicina, enfermeros escolares y otras personas autorizadas que estén inscritas en programas de capacitación profesional) y los médicos que reciben capacitación vean o participen de la atención brindada en calidad según los médicos o dentistas tratantes consideren apropiado, y según lo permitido por la política de Shannon.
2. **Médicos y contratistas independientes:** Cada paciente dentro de Shannon recibe la atención de un médico. No siempre los médicos son empleados de Shannon. Algunos médicos podrán ser contratistas independientes. Todos asumen la responsabilidad de la atención médica que brindan.
3. **Exposición accidental del trabajador médico:** entiendo que la ley de Texas establece que, si cualquier trabajador médico está expuesto a sangre u otro fluido corporal de un paciente, entonces Shannon podrá realizar pruebas de VIH (el "virus de inmunodeficiencia humana") en la sangre o fluido corporal de este paciente. Otorgo mi consentimiento para evaluar otras enfermedades, como hepatitis, sífilis, entre otras. Entiendo que estas pruebas son necesarias para proteger a los trabajadores médicos que atienden a pacientes de Shannon.
4. **Derechos y responsabilidades del paciente:** Si me ingresan, o si mi hijo es ingresado, en el Shannon Medical Center, se me dará información por escrito sobre los derechos y responsabilidades del paciente. Esta información indica cómo presentar una queja o reclamo si tengo un problema con la atención que el paciente recibe durante la hospitalización.
5. **Autorización para divulgar información:** autorizo a Shannon a divulgar información sobre mi estado de salud, afecciones, síntomas o tratamientos que constan en la historia clínica de mi hijo, según sea necesario, para intercambiar información de salud protegida con el Distrito Escolar Independiente de San Antonio (SAISD, por sus siglas en inglés), según sea necesario para la atención. Entiendo que esta información identificará a mi hijo y podrá estar relacionada con el historial, diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi hijo. Asimismo, podrá incluir información psiquiátrica.
6. **Aviso de Prácticas de Privacidad, Derechos y responsabilidades del paciente:** he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Shannon.
7. **Consentimiento para telemedicina**
  - Solicito voluntariamente que un Proveedor de Shannon Clinic participe en la atención médica de mi hijo mediante el uso de telemedicina y software, dispositivos y tecnologías de comunicación remota relacionados. Comprendo que la telemedicina incluye audio, video u otros medios electrónicos interactivos.
  - Entiendo que, aunque los proveedores de telemedicina podrán estar en una ubicación remota mientras brindan los servicios de atención médica, su experiencia y disponibilidad por medios tecnológicos

concentran el potencial de mejorar la calidad de los servicios de atención médica que podría recibir, siempre que su uso sea adecuado y médicamente necesario.

- Reconozco que es mi responsabilidad dar información completa y precisa sobre el historial médico, la afección y la atención médica de mi hijo, según mis posibilidades. También soy responsable de cumplir con las instrucciones que recibo de los proveedores de atención médica y de informarles si no las cumplo de manera oportuna. Doy mi consentimiento y autorizo a los proveedores de telemedicina a grabar audios, videos y/o fotografiar la visita, según se considere necesario, con el objeto de proporcionar servicios de atención médica de calidad a través de medios tecnológicos. Soy consciente de que todas las grabaciones, videos o imágenes pasarán a formar parte de mi historia clínica.
- Entiendo que el uso de tecnología para diagnosticar o tratar mi(s) afección(es) médica(s) presenta ciertos riesgos, que incluyen, entre otros, los siguientes, los cuales podrán ocurrir en casos excepcionales:
  - La información transmitida podrá estar distorsionada o ser insuficiente para permitir decisiones médicas apropiadas.
  - Podrán retrasos imprevistos en los diagnósticos o tratamientos debido a fallas o deficiencias del equipo o la tecnología.
  - Inconvenientes en el acceso a mis registros médicos completos de los Proveedores de medicina a distancia pueden provocar interacciones adversas con los medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de decisión médica; y
  - El uso de la tecnología para almacenar y transmitir mis registros médicos presenta oportunidades adicionales para que alguien viole los protocolos de seguridad y privacidad previstos por mis Proveedores de medicina a distancia para proteger mi información confidencial.
- Comprendo que, durante un encuentro de telemedicina, los proveedores podrán determinar que dicho método no es apropiado en una circunstancia particular. En caso de que esto ocurriese, el proveedor de telemedicina dará por terminada la consulta y me aconsejará dónde y cómo puedo recibir servicios de atención médica continuos en vista de las circunstancias. Soy consciente de que, en caso de cualquier falla en la tecnología o equipamientos durante un encuentro de telemedicina, debo llamar al siguiente número: 1-866-971-TYTO (8986) para obtener instrucciones sobre cómo reprogramar la consulta de telemedicina o instrucciones sobre cómo y dónde puedo recibir servicios de atención médica adecuados para mi afección.
- Al final de cada consulta de telemedicina, reconozco que mi proveedor me dará la información de contacto de los profesionales de la salud que estarán disponibles para brindarme atención de seguimiento en caso de que tenga alguna reacción adversa o inesperada a las recomendaciones de tratamiento ofrecidas mediante telemedicina. Entiendo también que tengo derecho a retirar el presente consentimiento para uso de telemedicina en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a atención o tratamiento futuro.

La información provista a Shannon Medical Center para este registro es correcta, según mi leal saber y entender. Acepto que una fotocopia o facsímil de esta autorización será tan eficaz y válida como el original. Estoy de acuerdo en proporcionar una identificación con foto válida y prueba de la tutela legal, tal como requiere la ley.

LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO CERTIFICA QUE: 1) ES EL PACIENTE, EL PADRE O LA MADRE DEL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE; 2) HA LEÍDO (O SE LE LEYÓ) ESTE FORMULARIO Y ENTIENDE LO QUE DICE; Y 3)ACEPTA LOS TÉRMINOS DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

Nombre del paciente en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

### 3. Información e historial médico del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica/centro: \_\_\_\_\_

#### ALERGIAS

Hasta donde sabe, ¿su hijo es alérgico a algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de que su respuesta sea Sí, ¿qué medicamentos y qué tipo de reacciones ha tenido? \_\_\_\_\_

¿Alguna alergia relacionada a la leche o a alimentos? \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES MÉDICOS (marque todo lo que corresponda):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/TDAH               | <input type="checkbox"/> Meningitis                             |
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Obesidad                               |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Otitis media                           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Convulsiones                           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme                      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza        | <input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica (recurrente) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> UTI                                    |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA               | <input type="checkbox"/> Otra _____                             |

#### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (marque todo lo que corresponda):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal              | <input type="checkbox"/> divertículo de Meckel           |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía                 | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía                  |
| <input type="checkbox"/> Tubos de oído                  | <input type="checkbox"/> Hernia umbilical                |
| <input type="checkbox"/> Cirugía a de ojo               | <input type="checkbox"/> derivación ventriculoperitoneal |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de fractura            | <input type="checkbox"/> Otra _____                      |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de ganglios linfáticos |  |

Infórmenos sobre cualquier afección de salud marcada en la lista anterior o cualquier otra inquietud que podrá tener sobre la salud de su hijo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**      Nombre      Dosis      Con qué frecuencia tomar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre o madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## 4. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN LÉALO ATENTAMENTE.

Shannon Medical Center, Shannon Clinic y Shannon Business Services (en conjunto, "Shannon") deben proteger la privacidad de su información de salud individual ("información de salud protegida" o "PHI", por sus siglas en inglés), así como proporcionar un aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI, tal como lo exige la ley. Shannon Medical Center podrá deshacerse de sus historias clínicas cumplidos o pasados los 10 años a partir de la última vez en que usted recibió tratamiento en el hospital.

### Usos y divulgaciones de la información médica protegida.

Shannon podrá usar y divulgar la PHI asignada sin previa autorización para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica dentro de Shannon, con proveedores de atención médica, planes de salud y aquellos que tramitan reclamaciones de atención médica, beneficios e información relacionada. La PHI que se le ha proporcionado podrá intercambiarse electrónicamente.

Tratamiento. Shannon podrá usar y divulgar la PHI asignada con el fin de brindar, coordinar o administrar la prestación de servicios de atención médica por parte de uno o más proveedores que están involucrados en su atención. Por ejemplo, su médico de atención primaria podrá consultarnos con respecto a su estado o tratamiento. Shannon no limita el uso o divulgación de la PHI que le hemos otorgado a fines de atención o tratamiento. Por lo demás, restringimos el uso y la divulgación de su PHI a lo que sea razonablemente necesario para un propósito permitido.

Pago. Shannon podrá usar y divulgar la PHI asignada para obtener pagos o reembolsos por la prestación de servicios de atención médica, como en caso en que se solicite el pago a su aseguradora, plan de salud o un programa de beneficios del gobierno.

Servicios Médicos. Shannon podrá usar y divulgar su PHI internamente de varias maneras, que incluyen evaluación y mejora de la calidad, planificación y desarrollo, gestión y administración. La información sobre usted puede usarse, por ejemplo, para ayudar en la evaluación de calidad de los servicios que se le proporcionaron. Asimismo, los servicios médicos abarcan la realización de programas de capacitación en los cuales los estudiantes, aprendices o profesionales en áreas de atención médica obtienen conocimiento bajo supervisión, con el objeto de practicar o mejorar sus habilidades.

Adicionalmente, es posible que nos comuniquemos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios, servicios relacionados con la salud que podrían ser de su interés o para recaudación de fondos para Shannon.

Posibilidad de objeción. A menos que usted decida oponerse, Shannon también podrá divulgar:

- Su nombre, ubicación en Shannon Medical Center y su afección a las personas que pregunten por su nombre
- En determinadas circunstancias vinculadas a su empleador

y (junto con su afiliación religiosa) a miembros del clero.

- La PHI directamente relevante para su atención o para el pago relacionado con la atención a familiar u otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona identificada por usted.
- La PHI de su ubicación, estado general o muerte para notificar, identificar o ubicar a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su atención, así como a ciertas organizaciones de socorro frente a catástrofes. Si está incapacitado, en una emergencia o no tiene la oportunidad de oponerse a este uso o divulgación, haremos lo que consideremos mejor para usted con respecto a esta divulgación y divulgaremos solo la información directamente relevante a la persona involucrada en su atención médica.
- Su PHI para comunicaciones de recaudación de fondos de Shannon.

Shannon también utilizará su criterio y experiencia para el beneficio suyo al permitir que las personas recojan recetas surtidas, suministros médicos, resultados de pruebas u otras acciones similares que involucren la divulgación de la PHI. Si se opone a alguna de las divulgaciones enumeradas anteriormente, comuníquese con el Oficial de Privacidad indicado a continuación.

Autorizado por ley. Shannon también tiene permitido compartir su PHI sin su autorización, tal como lo requiere la ley y en los siguientes casos autorizados por ley.

- A las autoridades de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades u otros fines de salud pública.
- A las autoridades gubernamentales pertinentes para informar sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- A la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA (por sus siglas en inglés) para informar sobre la calidad, seguridad o eficacia o actividades por ella regulados.

cuando se nos pida evaluar o tratar una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

- A las autoridades médicas calificadas para realizar actividades de supervisión de salud.
- En respuesta a citaciones, solicitudes de producción de prueba en forma extrajudicial u otros procesos legales y legítimos en el curso de un procedimiento judicial o administrativo.
- A las autoridades policiales, según lo exija o permita la ley, en los siguientes casos: informar una muerte, denunciar un delito en el perímetro de nuestras instalaciones o, si se considera necesario, alertar a la policía para que responda a una emergencia.
- En ciertas instancias, con fines de investigación.
- A las personas involucradas en asuntos relativos a un difunto, donación de órganos, ojos o tejidos de un cadáver.

- Si creemos, de buena fe, que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o multitud.
- Para ciertas funciones gubernamentales especializadas, incluidas las Autoridades de las Fuerzas Armadas, con referencia al personal militar o con fines de seguridad nacional.

Autorización. Solo se implementarán otros usos y divulgaciones, incluidos el uso y divulgación de PHI para fines de mercadotecnia y divulgaciones que constituyen la vida de PHI, con una autorización suya por escrito. Por lo general, siempre se requerirá una autorización por escrito para la publicación de notas de psicoterapia. Usted podrá revocar su autorización informando al respecto a nuestro Oficial de Privacidad, tal como se describe a continuación.

### Derecho a la privacidad

Usted podrá solicitarnos que limitemos el uso y divulgación de la PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica o que limitemos el uso y divulgación a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por usted y que están involucradas en su atención o en el pago de la atención. Shannon no está obligado a aceptar estas restricciones, excepto para las divulgaciones a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica cuando la divulgación se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted ya pagó de forma particular. Si desea realizar dicha solicitud, debe informar a nuestro Oficial de Privacidad al respecto por escrito.

Podrá solicitar que se envíen comunicaciones de PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Shannon atenderá a la solicitud, de ser razonable.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI: (i) a inspeccionar y copiar esta información, incluido una historia clínica electrónica; (ii) a solicitar la enmienda de esta información; (iii) a recibir un informe de las divulgaciones de esta información por nuestra parte, incluidas las divulgaciones realizadas utilizando una historia

clínica electrónica; y (iv) a recibir una copia impresa de este aviso a pedido.

Usted tiene derecho a ser notificado si se ha incumplido el principio de confidencialidad con respecto a su PHI no resguardada.

Si desea ejercer cualquiera de los derechos anteriores, debe notificar por escrito a nuestro Oficial de Privacidad identificado a continuación.

Se requiere que Shannon cumpla con los términos del Aviso de Privacidad vigentes. Shannon se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean efectivas para todas las PHI que mantenemos, incluidas aquellas creadas o recibidas antes de emitir el aviso revisado. Shannon revisará y distribuirá rápidamente un nuevo Aviso de Privacidad siempre que haya un cambio material en los usos o divulgaciones, sus derechos, nuestras obligaciones legales u otras prácticas de privacidad establecidas en este aviso. En caso de que se realice una revisión de este aviso, la fecha de revisión será la fecha de entrada en vigor del aviso, y publicaremos el aviso revisado en nuestro sitio web: [www.shannonhealth.com](http://www.shannonhealth.com)

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentarnos una queja comunicándose con el Oficial de Privacidad identificado a continuación o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos comunicándose mediante el sitio web (<http://www.hhs.gov/ocr7privacyhowtofile.com>) o llamando sin cargo al 1-800-368-1019. Shannon no tomará represalias de ningún tipo contra usted por la presentación de una queja. Para obtener más información acerca de nuestra política de privacidad, sus derechos de privacidad o el procedimiento de queja, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad:

Misty Sonnenberg  
120 East Harris Avenue  
San Angelo, TX 76903  
325-747-5280  
[PrivacyOfficer@shannonhealth.org](mailto:PrivacyOfficer@shannonhealth.org)