



Cook County DEPT. of  
Public Health

**BUILDING  
HEALTHIER  
COMMUNITIES**

Vision and Hearing Program  
Consent for Services

I, the parent/legal guardian of \_\_\_\_\_, give consent  
*Please print name of child*

for the Cook County Department of Public Health to provide vision and/or hearing screening to my child at his/her school/day care center. I understand that a copy of the screening results will be provided to me by the school/day care center upon request. The school/day care center will also keep a copy of the results on file. I further understand that I am responsible to provide all follow-up of findings as recommended by the Cook County Department of Public Health.

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian – Print Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Legal Guardian

VH-676

Programa de control de la visión y audición  
Autorización para servicios

Yo, padre/tutor legal de \_\_\_\_\_, autorizo

*Por favor, escriba el nombre del niño en letra de molde*

al Departamento de Salud Pública del Condado de Cook a realizar los estudios de control de la visión y/o audición a mi hijo/a en la escuela/guardería infantil a la que asiste. Entiendo que la escuela/guardería infantil me entregará una copia del resultado de los estudios. Además, la escuela/guardería conservará una copia de los resultados en sus archivos. Entiendo también que soy responsable de realizar el seguimiento recomendado por el Departamento de Salud Pública del Condado de Cook a partir de los resultados de los estudios.

\_\_\_\_\_  
Padre/tutor legal – Nombre en letras de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

VH-SP- 676



**VISION AND HEARING PROGRAM  
EYE AND EAR HISTORY  
(Pre-school & Kindergarten Only)**

CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ PARENTS: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ TELEPHONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

Please answer the following questions accurately. The information will help the technician evaluate screening results.

**FAMILY EYE HISTORY**

- |                                                                          | Yes                      | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Has your child ever been seen by an eye doctor? .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If "Yes", when? _____ Why? _____                                         |                          |                          |
| 2. Does your child wear glasses? .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you noticed signs which might indicate eye difficulty? .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do the child's eyes look crossed, especially when tired or ill? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do any family members have a crossed eye? .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parent? _____ Sister/Brother? _____                                      |                          |                          |
| 6. Has the child had surgery for crossed eyes? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**FAMILY EAR HISTORY**

- |                                                                                    | Yes                      | No                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Has your child ever had a hearing test? .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Has your child ever had ear infections, earaches, or running ears? .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Does your child have allergies? .....                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Has your child seen a doctor for ear problems? .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Does your child have a hearing loss? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Does child have tubes or is he/she currently under care for ear problems? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name of ear doctor: _____                                                          |                          |                          |

COMMENTS: \_\_\_\_\_

|   |   | P                        | U                        | CNT                      |   | P                        | U                        | CNT                      | REF                      |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| H | / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V | / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DATE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

SCREENING SITE: \_\_\_\_\_

TECHNICIAN: \_\_\_\_\_



**PROGRAMA DE LA VISIÓN Y LA AUDICIÓN  
ANTECEDENTES VISUALES Y AUDITIVOS  
Preescolar y Kindergarten solamente**

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ PADRES: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Por favor, responda las siguientes preguntas con precisión. Estos datos ayudarán al técnico a evaluar los resultados de los estudios.

**ANTECEDENTES VISUALES DE LA FAMILIA**

- |                                                                                | Sí                       | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su hijo fue examinado alguna vez por un médico oftalmólogo?.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____ ¿Por qué? _____                        |                          |                          |
| 2. ¿Su hijo usa anteojos? .....                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usted ha advertido señales de que su hijo puede tener problemas de visión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Sus ojos se ven cruzados, en especial cuando está cansado o enfermo? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Algún miembro de la familia tiene estrabismo?.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿El padre o la madre? _____ ¿La hermana o el hermano? _____                    |                          |                          |
| 6. ¿El niño ha sido operado por estrabismo? .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ANTECEDENTES AUDITIVOS DE LA FAMILIA**

- |                                                                                                        | Sí                       | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguna vez le han hecho un análisis de la audición a su hijo?.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo tuvo alguna vez infecciones, dolor o sangrado en los oídos? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Su hijo tiene alergias?.. .....                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha llevado a su hijo al médico por problemas en los oídos?.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Su hijo tiene audición disminuida?.....                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Su hijo tiene tubos (o diabólos) colocados o está en tratamiento por problemas en los oídos? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre del otorrinolaringólogo: _____                                                                  |                          |                          |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

| H | / | P                        | U                        | CNT                      |   | P                        | U                        | CNT                      | REF                      |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V | / | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FECHA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

LUGAR DEL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

TÉCNICO: \_\_\_\_\_



# COOK COUNTY HEALTH

## COOK COUNTY HEALTH

### NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

#### THIS NOTICE TELLS YOU HOW YOUR MEDICAL RECORD MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

#### PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

##### WHAT IS THIS DOCUMENT?

This document, called a Notice of Privacy Practices, tells you how Cook County Health & Hospitals System d/b/a/ Cook County Health may use and disclose or share your health information. In it we explain how we use and share your medical record and health information to provide you with care, receive payment for the care we provide, and for health care operations (to help us run the health and hospital system).

##### WHY ARE YOU GIVING THIS TO ME?

We are required by law to protect the privacy of your health information and to provide you with this information and if you are affected, to notify you following a breach of unsecured protected health information. State and federal privacy laws strengthen our commitment to you, as our patient, to carefully maintain your confidentiality.

##### WHO FOLLOWS THIS NOTICE?

All Cook County Health affiliated organizations (collectively CCH), all employees, medical staff, house staff, research staff, students, agency personnel, consultants, vendors, volunteers, and other health care professionals allowed to review your record.

##### HOW WE MAY USE AND SHARE YOUR HEALTH INFORMATION

**Treatment.** We will use and share your health information to provide care and services for you.

**For Example:** Doctors, nurses, or other healthcare providers may review your record to treat your injury or illness. Your health information also may be shared with other healthcare professionals outside CCH to decide on the best treatment for you or to coordinate your care. We may share your health information to providers outside CCH through Health Information Exchanges. A Health Information Exchange is a secure way to quickly share your information electronically with other health professionals who are involved in your care or care coordination.

**HealthCare Operations.** We will use and share your health information for health care business operations. There are several reasons we would do that, one important reason is to maintain and improve patient care.

**For Example:** We may use your health information to make sure that you and other patients get the best possible quality care and to review the performance of our doctors, nurses or other healthcare professionals. Your information may be used as part of training for students and help to meet hospital licensing and accreditation. We may use your information, such that you may be identified, for the purposes of training case reviews with our clinical staff. We may use your health information to make certain that billing is done correctly.

**Payment.** We may use and share your health information to receive payment for the care and services we provide to you.

**For Example:** We may contact Medicare, Medicaid, your insurance company, or other company or program that arranges for or pays the cost of some or all of your healthcare, and to find out if a service is covered. We may share your information through a Health Information Exchange.

##### MORE SPECIFIC WAYS WE USE OR SHARE YOUR HEALTH INFORMATION

**In Our Patient Directory.** We may include your name, the location where you receive service (hospital or clinic), your general condition (such as stable or fair), and your religious affiliation. We keep this information so your family, friends or clergy can visit you while you're here. Unless you object, we will release your location and general condition to people who ask for you by name. Your religious affiliation will only be released to a member of clergy. If you do object, we will not disclose any information to anyone who asks for you.

**To Remind You Of An Appointment.** We may contact you to remind you of an appointment or to change one. We might contact you to follow-up to see how you're doing after an appointment.

**With Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may share health information about you with your family members, friends or any other person you tell us who is involved in your healthcare or who helps pay for it. We may tell your family or friends your condition and that you are in one of our facilities. We also may share health information about you to a disaster relief agency so that your family can be told of your condition and location. You may decide not to share this information but you must let us know.

**With Others Called Business Associates.** We may share your health information with another company or organization, called a business associate that we hire to provide a service to us or on our behalf. We will only share your information if the business associate has agreed in writing to keep health information private.

**To Perform Research.** We may use and disclose your medical information for research purposes. Most research projects, however, are subject to a special approval process. Most research projects require your permission if a researcher will be involved in your care or will have access to your name, address or other information that identifies you. However, the law allows some research to be done using your medical information without requiring your authorization.

**To Share Information About Health-Related Benefits, Services and Treatment Alternatives.** We may use your medical information to contact you about health-related benefits, products, and/ or services, and possible treatments or alternatives that may be of interest to you. We may provide you information by a general newsletter or in person or by way of products or services of nominal value. We may disclose your medical information to a business associate to assist us in these activities. We may contact you by email or text messaging for appointment reminders, patient surveys, wellness program benefits, or other general communications if you provide us with your email address and/or mobile phone number. You expressly permit this type of contact unless you notify us that you do not want to receive text messages or email. However, we may not sell your Protected Health Information without your written authorization.

**For Fundraising.** We may use your medical information to raise money for CCH. We may disclose certain information such as your name, address, telephone number, gender, age, and the dates you received treatment at CCH to our Foundation so it can contact you. Please notify us at the address or phone number at the end of this Notice if you do not want the Cook County Health Foundation to contact you.

##### WE ARE REQUIRED TO SHARE YOUR HEALTH INFORMATION

**Public Health and Safety.** We may share your health information for public health reasons. For example:

- to prevent or control disease, injury or disability;
- to report births and deaths;
- to report child abuse or neglect;
- to report information to the FDA about the products it oversees;
- to let you know that you may have been e-posed to a disease or may be at risk for getting or spreading a disease or condition; or
- to your employer in certain limited instances.

**With Law Enforcement.** We must share health information about you when we are required to do so by federal, state, or local law, or by the court process.

- to respond to a court order, warrant, summons or other similar process;
- to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person; or
- to obtain information about an actual or suspected victim of a crime.

We may share information with a law enforcement official:

- if we believe a death was the result of a crime;
- to report crimes on our property; or
- in an emergency.

**As a Part of Legal Proceedings.** If a court or administrative authority orders us to do so, we may release your health records. We will only share the information required by the order. If we receive any other legal request, we may also release your health record. However, for other requests we will only release the information if we are told that you know about it, had a chance to object and did not.

**During an Investigations.** The Secretary of the Department of Health and Human Services may investigate privacy violations. If your health information is requested as part of an investigation, *we must share your information with the Secretary of the Department of Health and Human Services.* We will share your information if they ask for it as part of an investigation of a privacy violation. Under the same laws, we must give you information in your medical record. We are allowed to keep some information from you.

**Special Governmental Functions.** We may share your health information with:

**Authorized federal officials**

- for intelligence, counter-intelligence and other national security activities authorized by law; or
- to protect the president.

**Armed forces command authorities or the Department of Veteran's Affairs**

- to see if you are fit for military duty or eligible for veterans health services; or
- to see if you are medically fit to receive a security clearance by the Department of State.

**Correctional facility or law enforcement official or agency** if you are an inmate or under the custody of a law enforcement official or agency, if necessary, to:

- help the correctional facility provide you with health care; or
- protect the health and safety of you and/or others.

**Abuse and Neglect.** The law may require us to report suspected abuse, neglect or domestic violence to state and federal agencies. Your information may be shared with these agencies for this purpose. Generally, you will be told that we are sharing this information with these agencies.

**Health Oversight Activities.** Certain health agencies are in charge of overseeing health care systems and government programs or to make sure that civil rights laws are being followed. We may share your information with these agencies for these purposes.

**Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may share health information with a coroner or medical examiner to identify a dead person or find the cause of death. We also may release health information to funeral directors if they need it to do their job.

**Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may release health information to the organizations in charge of getting, transporting or transplanting an organ, eye or tissue.

**To Prevent a Serious Threat to Safety.** We may use and share your medical information to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of others.

**Workers Compensation.** We may share your health information with agencies or individuals to follow workers compensation laws or other similar programs.

**YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION**

**You Have a Right to Request Restrictions.** You have the right to ask us to restrict the uses and disclosures we make of your health information for treatment, payment, and health care operations, with one exception, we do not have to agree. You may also ask us to limit the information that we use or disclose with your family members, friends or any other person you tell us who is involved in your health care or who helps pay for it. We must agree to your request to a restriction on disclosures of your PHI to a health plan if you have paid for the health care item or service in full out of pocket. Other than that, we do not have to agree. A request for a restriction must be in writing, it must be signed and dated, and you must identify the CCH clinic or hospital that maintains the information. You should also describe the information you want restricted, tell us whether you want to limit the use or the disclosure or both, and tell us who should not receive this restricted information. You must submit your written request to the Office of Corporate Compliance, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. We will tell you if we agree with your request or not. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to treat you in an emergency.

**You Have a Right to Inspect and Copy.** You have the right to read or get a copy of your medical record. This includes medical and billing records, but does not include psychotherapy records. To see and/or obtain copies of your information you must complete your request in writing. If you request a copy of your medical record, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other expenses associated with your request. We may deny your request to see and/or obtain a copy of your medical record. If we do so, CCH will choose an independent licensed health-care professional to review your request and our denial. We will follow the decision of the independent licensed health-care professional.

**You Have a Right to Request Changes.** If you believe the health information that we created is wrong or incomplete, you may ask us to change it. Once again, you must send us a written request. *You must provide a reason why you want the change.* We cannot take out or destroy any information already in your medical record. We also are not required to agree to make the change. If we do not agree to the change, you can write a letter about the changes. We will send you one back saying why we will not make the changes. You may then send another disagreeing with us. It will be attached to the information you wanted changed or corrected.

**You Have a Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to make a written request for a list of certain disclosures made of your medical information. This list is not required to include all disclosures we make. Disclosures made before April 14, 2003, disclosures made to you or which you authorized, and other disclosures are not required to be listed. *Your written request must designate a time period.*

**You Have a Right to a Paper Copy of This Notice.** You have the right to a paper copy of this Notice. Copies of this Notice will be posted and available at each location where health services are provided.

**OTHER USES AND DISCLOSURE OF YOUR HEALTH INFORMATION**

**Sensitive Information.** Some types of medical information are very sensitive. The law, with some exceptions, may require that we obtain your written permission to disclose this information. Sensitive medical information may include genetic testing, HIV/AIDS testing, diagnosis or treatment, mental health, alcohol and substance abuse, sexual assault or in-vitro fertilization. Your permission is also required for the use and disclosure of psychotherapy notes.

**Use of Your Information for Our Marketing.** We may not use or disclose your protected health information for marketing purposes involving financial remuneration to us from a third party unless we have your written permission.

**Sale of Your Information.** We may not sell your protected health information unless we have your written permission.

All other uses and sharing of your health information not described in this Notice will be done only with your written permission. You may revoke that permission at any time by sending a request in writing to the Office of Corporate Compliance at the address below.

**CHANGES TO THIS NOTICE**

We may change our privacy policies, procedures, and this Notice at any time. If we do change this Notice we reserve the right to make the revised or changed Notice effective for your health information we already have as well as any we get in the future. If we change this Notice, we will post the new Notice in common areas throughout our clinics or hospitals and on our Internet site at [www.cookcountyhealth.org](http://www.cookcountyhealth.org).

**WHAT IF I NEED TO REPORT A PROBLEM?**

***Your care will not be affected if you file a complaint, nor will any action be taken against you.***

If you believe CCH has violated your privacy rights in this Notice, you may file a complaint with CCH or with the Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services.

To contact CCH to discuss your concern, use the information below,

Office of Corporate Compliance  
Cook County Health & Hospitals System  
d/b/a Cook County Health  
1950 W. Polk, Ste. 9217  
Chicago, IL 60612  
Telephone: 1-877-476-1873



**COOK COUNTY HEALTH  
& HOSPITALS SYSTEM  
CCHHS**

**LOS SISTEMAS DE LOS HOSPITALES DE SALUD DEL CONDADO DE COOK  
AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS**

**ESTE AVISO NOS DICE COMO SU HISTORIAL MÉDICO PODRÍA SER USADO Y REVELADO Y  
COMO PUEDE USTED TOMAR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE**

**¿EN QUÉ CONSISTE ESTE DOCUMENTO?**

Este documento, llamado Un Aviso de Prácticas Privadas, le dice como los Sistemas de los Hospitales de Salud del Condado de Cook podría usar y revelar o compartir su información de salud. En éste le explicamos como nosotros usamos y compartimos su historial médico e información de salud para proveerle con cuidado, recibir el pago por el cuidado que proveemos y por el funcionamiento de salud (para ayudarnos a dirigir la salud y el sistema del hospital)

**¿PORQUÉ USTED ME ESTA DANDO ESTO A MÍ?**

Nosotros lo requerimos por ley para proteger la privacidad de su información de salud y proveerle con esta información. El estado y las leyes de Privacidad Federal fortalecen nuestra responsabilidad para usted, como nuestro paciente, para que cuidadosamente mantener su confidencialidad.

**¿QUIÉN SIGUE ESTE AVISO?**

Todas las organizaciones afiliadas de los Sistemas de los Hospitales de Salud del Condado de Cook (colectivamente CCHHS), todos los empleados, personal médico, personal de la casa, personal de investigación, estudiantes, personal de agencia, consultantes, vendedores, voluntarios y otros profesionales del cuidado de salud están permitidos revisar su récord.

**COMO NOSOTROS PODRIAMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Tratamiento.** Nosotros usaremos y compartiremos su información de salud para proveerle cuidado y servicios.

Por Ejemplo: Doctores, enfermeras u otros proveedores del cuidado de salud podrían revisar su récord para tratar su lesión o enfermedad. Su información de salud también podría ser compartida con otros profesionales de cuidado de salud fuera del CCHHS para decidir el mejor tratamiento para usted o coordinar su cuidado. Es posible que nosotros compartamos su información de salud con proveedores fuera del CCHHS por medio de Intercambio de información de Salud. El Intercambio de información de Salud es una manera segura e inmediata de compartir información electrónicamente con otros profesionales de la salud envuelta en su cuidado o coordinación de salud.

**Pago.** Nosotros podríamos usar y compartir su información de salud para recibir pago por el cuidado y servicios que nosotros le proveemos.

Por Ejemplo: Nosotros podríamos comunicarnos con Medicare, Medicaid, su aseguradora de la compañía u otra compañía o programa que arregle para o pague el costo de algunos o todo su cuidado de salud y averiguar si un servicio está cubierto. Es posible que nosotros compartamos su información de salud con proveedores fuera del CCHHS por medio de Intercambio de información de Salud.

**Funcionamiento del Cuidado de Salud.** Nosotros usaremos y compartiremos su información de salud para el funcionamiento administrativo del cuidado de salud. Hay muchas razones que nosotros podríamos hacer eso, una razón importante es para mantener y mejorar el cuidado del paciente.

Por Ejemplo: Nosotros podríamos usar su información de salud para asegurar que usted y otros pacientes obtengan la mejor calidad posible de cuidado y para revisar el desempeño de nuestros doctores, enfermeras u otros profesionales del cuidado de salud. Su información podría ser usada como parte de entrenamiento para estudiantes y ayudar para reunir las regulaciones y reconocimiento del hospital. Nosotros podríamos usar su información de salud para asegurarnos que la factura sea hecha correctamente.

**MÁS MANERAS ESPECÍFICAS QUE NOSOTROS USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**En nuestro Directorio del Paciente.** Nosotros podríamos incluir su nombre, la ubicación donde usted recibe el servicio (hospital o clínica) su condición general (tal como estable o débil), y su afiliación religiosa. Nosotros mantenemos esta información para que su familia, amigos o el clero puedan visitarlo mientras usted esté aquí. Al menos que se oponga, nosotros revelaremos su ubicación y condición general a quien pregunte por su nombre. Su afiliación religiosa podrá ser revelada solamente a un miembro del clero. Si usted se opone, nosotros no revelaremos ninguna información a cualquiera que pregunte por usted.

Recordarle por una cita. Nosotros podríamos comunicarle para recordarle de una cita o cambiarla. Nosotros podríamos comunicarle para un seguimiento y ver como usted se encuentra después de una cita.

**Con Personas Relacionadas en Su Cuidado O Pago para Su Cuidado.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que usted nos diga que está relacionada en su cuidado de salud o quien ayude a pagarlo. Nosotros quizás comunicaremos a su familia o amigos su condición y que usted se encuentra en uno de nuestros centros. Nosotros quizás también compartiremos su información de salud a una agencia de alivio de desastres para que se le comunique a su familia de su condición y ubicación. Usted quizás no decida compartir esta información pero usted deberá hacernos saber.

**Con Otros, Llamados Asociados Administrativos.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud con otra compañía u organización, llamada Asociados Administrativos que nosotros contratamos para proveer un servicio para nosotros o de parte de nosotros. Nosotros solamente compartiremos su información si el Asociado Administrativo ha acordado en escrito de mantener privada la información de salud.

**Para Realizar Una Investigación.** Nosotros quizás usemos y revelemos su historial médico para propósito de investigación. La mayoría de los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aprobación. La mayoría de los proyectos de investigación requieren su permiso, si un investigador estaría relacionado en su cuidado o tendría acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifica. Sin embargo, la ley permite que algunas investigaciones sean hechas usando su historial médico sin requerimiento de su autorización.

**Para Compartir Información Acerca de Las Alternativas de Los Beneficios Relacionados con La Salud, Servicios y Tratamiento.** Nosotros quizás le diremos acerca de los servicios relacionados con la salud y/o productos, tratamientos posibles o alternativas disponibles para usted. Sin embargo, nosotros quizás no podríamos venderle su Información de Protección de La Salud (IPS) sin su autorización.

**Para Recaudación de Fondos.** Nosotros quizás usemos su historial médico para recaudar dinero para el CCHHS. Nosotros quizás revelemos cierta información, como su nombre, dirección, número telefónico, sexo, edad, y las fechas que usted recibió tratamiento en el CCHHS para nuestra Fundación para que podamos comunicarle. Favor de informarnos la dirección o número telefónico de este aviso si usted no desea la Fundación CCHHS se comunique con usted.

**NOSOTROS REQUERIMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Salud Pública y Seguridad.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud por razones de salud pública. Por ejemplo:

- para prevenir o controlar la enfermedad, lesión o discapacidad;
- para informes de nacimientos y muertes;
- para informe de abuso al niño o negligencia;
- para reportar información al FDA acerca de productos y supervisarlos;
- para hacerle saber que usted quizás ha sido expuesto a una enfermedad o quizás ha estado al riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; o
- para su empleador en ciertos casos limitados.

**Con el Cumplimiento de La Ley.** Nosotros debemos de compartir su información de salud cuando somos requeridos por el Federal, el estado o la ley local o por el proceso de corte.

- para contestar a la orden de corte, orden judicial, citatorios u otro proceso similar;
- para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; o
- para obtener información acerca de una víctima actual o sospechoso de un crimen.

Nosotros quizás compartiremos información con el cumplimiento de la ley oficial:

- si nosotros creemos que una muerte fue el resultado de un crimen;
- para reportar crímenes en nuestra propiedad; o
- en una emergencia.



- para hacerle saber que usted quizás ha sido expuesto a una enfermedad o tal vez ha estado en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; o
- informarle esto a su empleador en ciertos casos limitados.

**Para el Cumplimiento de La Ley.** Nosotros debemos compartir su información de salud cuando seamos obligados por el estado federal, estatal o legislación local o por el proceso de corte.

- para contestar a un mandato judicial, orden de arresto, citatorios u otro proceso similar;
- para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida; o
- para obtener información acerca de una víctima real o una persona que se sospecha es víctima de un crimen.

Quizás compartamos información con algún oficial de la ley

- si nosotros creemos que una muerte fue ocasionada por un crimen;
- para reportar crímenes en nuestra propiedad; o
- en una emergencia.

**Como Parte de un Proceso Judicial.** Si una corte o alguna autoridad administrativa nos ordenan hacerlo, nosotros quizás revelemos su expediente médico. Nosotros solamente compartiremos solamente la información requerida por la orden. Si nosotros recibimos otro requerimiento legal, nosotros quizás también revelemos su expediente médico. Sin embargo, para otros requerimientos, nosotros revelaremos la información si se nos dice que usted tiene conocimiento de ello, ha tenido la oportunidad de oponerse y no lo hizo.

**Durante una Investigación.** La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales quizás investigue violaciones a la privacidad. Si su información de salud es requerida como parte de una investigación, *nosotros tendremos que compartir su información con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales.* Compartiremos su información con ellos si lo piden como parte de una investigación de una violación al derecho de privacidad. Bajo las mismas leyes, nosotros le daremos a usted esta información en su expediente médico. Se nos permite no compartir cierta información con usted.

**Funciones Gubernamentales Especiales.** Nosotros quizás compartiremos su información de salud con:

#### Oficiales Federales Autorizados

- para inteligencia, contra espionaje y otras actividades nacionales de seguridad autorizadas por la ley; o
- para proteger al presidente.

#### Autoridades del comando de las fuerzas armadas o del Departamento de asuntos de Veteranos

- para ver si usted califica para trabajos militares o es elegible para servicios de salud para veteranos; o
- para ver si usted médicamente califica para recibir una autorización de seguridad por el Departamento de Estado.

**Centro correccional o agencia u oficial de la ley** si usted es un preso o está bajo la custodia del cumplimiento oficial de la ley o agencia, si es necesario, para:

- = ayudar al centro correccional en brindarle cuidados de salud; o
- proteger su salud y seguridad y/o la de los demás.

**Abuso y Negligencia.** La ley posiblemente nos obligue a reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica a las agencias estatales y federales. Su información quizás sea compartida con esas agencias para este propósito. Generalmente, se le informará que estamos compartiendo esta información con esas agencias.

**Supervisión de Actividades de Salud.** Ciertas agencias de salud están encargadas de supervisar los sistemas de cuidado de salud y programas gubernamentales o asegurar que las leyes de los derechos civiles están siendo cumplidas. Tal vez compartiremos su información con esas agencias para esos propósitos.

**Investigador Forense, Médico Forense y Directores de Funerarias.** Nosotros quizás compartiremos la información de salud con un investigador o médico forense para identificar una persona muerta o encontrar la causa de su muerte. Nosotros también quizás revelemos la información de salud a los directores de funerarias si ellos lo necesitan para hacer su trabajo.

**Donaciones de Órganos y Tejido.** Si usted es un donante de órganos, nosotros quizás revelemos la información de salud a las organizaciones encargadas de obtener, transportar o trasplantar un órgano, ojo o tejido.

**Para Prevención de Serias Amenazas a La Seguridad.** Nosotros quizás usemos y compartiremos su historial médico para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros.

**Indemnización a Los Trabajadores.** Quizás compartamos su información de salud con agencias o personas que siguen las leyes de indemnización a los trabajadores u otros programas similares.

## SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

**Usted Tiene Derechos de Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedirnos restringir los usos y divulgación de su información de salud para tratamiento, pago y prácticas de cuidado de salud, excepto que, no tenemos que estar de acuerdo. Quizás también usted nos pida que limitemos la información que usemos o divulguemos con sus miembros de familia, amigos o cualquier otra persona implicada con su cuidado de salud o quien ayude a pagarlo. Nosotros debemos estar de acuerdo con su pedido de restricción de la revelación de su IPS (Información Personal de Salud) a un plan de salud si usted ha pagado completamente de su bolsillo por el artículo del cuidado de salud o el servicio recibido. Aparte de eso, no tenemos que estar de acuerdo. Una solicitud de restricción deberá ser hecha por escrito, firmada y fechada, y deberá identificarse la clínica u hospital CCHHS que conserve la información. Usted debería también describir la información que quiere restringir, díganos si usted quiere limitar el uso o revelarlo o ambos y díganos quien no debería recibir esta información restringida. Usted deberá presentar su solicitud escrita a la Office of Corporate Compliance, (Oficina Corporativa de Cumplimiento) 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Nosotros le informaremos si estamos de acuerdo o desacuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su solicitud, al menos que la información sea necesaria para atenderlo en una emergencia.

**Usted Tiene Derechos de Revisar y Obtener una Copia.** Usted tiene el derecho de leer u obtener una copia de su expediente médico. Esto incluye expedientes médicos y cobros, pero no incluye expedientes de sicoterapia. Para ver y/u obtener copias de su información, usted deberá llenar su solicitud por escrito. Si usted solicita una copia de su expediente médico, quizás le cobraremos una cuota por los costos de copiadora, correo u otros gastos relacionados con su solicitud. Quizás nos neguemos a su solicitud de ver y/u obtener una copia de su expediente médico. Si lo hacemos, CCHHS escogerá un profesional de cuidado de salud independiente acreditado para revisar su solicitud y nuestra negación. Nosotros cumpliremos con la decisión del profesional de cuidado de salud independiente acreditado.

**Usted tiene el Derecho de Solicitar Cambios.** Si usted piensa que la información de salud que nosotros hemos creado está equivocada o incompleta, usted puede pedir que sea cambiada. Una vez más, usted deberá enviarnos una solicitud por escrito. Usted deberá darnos una razón por la cual quiere el cambio. No podemos sacar o destruir ninguna información que esté en su expediente médico. Tampoco necesitamos estar de acuerdo con hacer el cambio. Si no acordamos con el cambio, usted puede escribir una carta acerca de los cambios. Nosotros le responderemos con otra carta explicando el porqué no haremos los cambios. Usted podría luego enviarnos otra con su desacuerdo. Esta estará adjunta con la información que usted quiere cambiar o corregir.

**Usted Tiene el Derecho a un Informe de Las Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de hacer un pedido escrito por una lista de ciertas divulgaciones de su información médica. Esta lista no requiere incluir todas las divulgaciones que nosotros hacemos. Divulgaciones hechas antes del 14 de Abril 2003, divulgaciones hechas para usted o las que usted autorizó y otras divulgaciones que no son requeridas a ser enlistadas. Su pedido escrito deberá designar un periodo de tiempo.

**Usted Tiene el Derecho a una Copia de Este Aviso.** Usted tiene el derecho de una copia de este Aviso. Las copias de este Aviso serán anunciadas y disponibles en cada ubicación donde los servicios de salud son brindados.

## OTROS USOS Y REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

**Información Sensible.** Algunos tipos de información médica son muy sensibles. La ley, con algunas excepciones, quizás demande que nosotros obtengamos su permiso escrito para divulgar esta información. La información médica sensible quizás incluya examen genético, examen del VIH/SIDA, diagnóstico o tratamiento, salud mental,



abuso de alcohol y drogas, agresión sexual o fecundación in-vitro. También se requiere de su permiso para usar y divulgar las notas de sicoterapia.

**Uso de su información para nuestra mercadotecnia.** Posiblemente no usemos o divulguemos su información de salud protegida con fines de mercadeo implicando retribución económica para nosotros por terceras personas al menos que tengamos su permiso escrito.

**Venta de su Información.** Quizás no vendamos su información protegida al menos que tengamos su permiso escrito.

Cualquier otro uso y compartimiento de su información de salud no descrita en ese Aviso se hará solamente con su permiso escrito. Usted puede anular ese permiso en cualquier momento enviando una solicitud escrita a la Oficina Corporativa de Cumplimiento a la dirección arriba mencionada.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO.**

Nosotros quizás cambiemos nuestras políticas, privadas, procedimientos y este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, nos reservamos el derecho de hacer la revisión o cambio efectivo del Aviso en su información de salud, que ya tenemos como también la que podríamos obtenerlo en un futuro. Si cambiamos este Aviso, anunciaremos el nuevo Aviso en áreas comunes de nuestras clínicas u hospitales y en nuestra página de Internet al [www.cookcountyhhs.org](http://www.cookcountyhhs.org).

#### **¿QUÉ TAL SI NECESITO REPORTAR UN PROBLEMA?**

*Su cuidado no será afectado si usted reporta una queja, ni se tomará ninguna represalia en su contra.*

Si usted piensa que el CCHHS ha violado sus derechos de privacidad en este Aviso, usted puede presentar una queja en el CCHHS o en la Oficina de Derechos Civiles, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U.

Para comunicarse con el CCHHS acerca de su problema o preocupación, use la siguiente información,

Office of Corporate Compliance  
Cook County Health & Hospitals System  
1900 West Polk,  
Suite 123  
Chicago, IL 60612  
Teléfono: 1-877-476-1873



**Conocimiento de Recibo de Los Sistemas de  
Los Hospitales de Salud del Condado de Cook  
Aviso de Prácticas Privadas**

**Acknowledgement of Receipt of  
Cook County Health & Hospitals System  
Notice of Privacy Practices**

Yo, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas Privadas de Los Sistemas de Los Hospitales de Salud del Condado de Cook.

*I acknowledge that I have received the Cook County Health & Hospitals System (CCHHS) Notice of Privacy Practices.*

---

Nombre del paciente / *Printed name of patient*

---

Firma del paciente o representante autorizado<sup>1</sup> / *Signature of patient or authorized representative<sup>1</sup>*

---

Fecha / *Date*

<sup>1</sup> El representante autorizado es la decisión hecha por el paciente si el paciente no puede actuar por él mismo. Pueden ser los padres, tutor legal, sustituto del cuidado de salud, u otra persona.

*<sup>1</sup> The authorized representative is the decision maker for the patient if the patient cannot act for themselves. It can be the parent, legal guardian, health care surrogate, or other person.*

---

Los sistemas de los Hospitales del Condado de Cook incluyen / *Cook County Health & Hospitals System includes*

Hospital John H. Stroger, Jr. del Condado de Cook / *John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County*  
Centro de Salud Oak Forest / *Oak Forest Health Center*

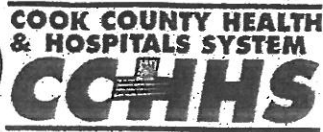
Hospital Provident del Condado de Cook / *Provident Hospital of Cook County*

Red de Servicios de Salud de la Comunidad y Clínicas Ambulatorias / *Ambulatory & Community Health Network (ACHN)*

Centro CORE Ruth M. Rothstein / *Ruth M. Rothstein CORE Center*

Departamento de Salud del Condado de Cook / *Cook County Department of Public Health*

PATIENT LABEL



**Acknowledgement of Receipt of  
Cook County Health & Hospitals System  
Notice of Privacy Practices**

I acknowledge that I have received the Cook County Health & Hospitals System (CCHHS) Notice of Privacy Practices.

\_\_\_\_\_  
Printed name of patient

\_\_\_\_\_  
Patient Medical Record Number

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or authorized representative<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
Relationship of authorized representative

\_\_\_\_\_  
Date

<sup>1</sup> The authorized representative is the decision maker for the patient if the patient cannot act for themselves. It can be the parent, legal guardian, health care surrogate, or other person.

Cook County Health & Hospitals System includes:

John H. Stroger, Jr. Hospital of Cook County  
Oak Forest Health Center  
Provident Hospital of Cook County  
Ambulatory & Community Health Network (ACHN)  
Ruth M. Rothstein CORE Center  
Cook County Department of Public Health

PATIENT LABEL