

Departamento de Salud de Miami-Dade

Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe H1N1 de 2009 (Adultos)

Para que usted sea elegible para recibir la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009, usted debe responder todas las preguntas y firmar este formulario de consentimiento. Dependiendo de sus respuestas y de la disponibilidad de la vacuna, usted recibirá ya sea la forma inyectable o la de inhalación nasal. Por favor, lea la información que le estamos suministrando.

Sección 1: Información Demográfica (Por favor, escriba en letra de imprenta)

NOMBRE (Apellidos)		(Primer Nombre)	(Inicial 2º)	FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____	
RAZA		SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)			
DIRECCIÓN			EDAD DEL NIÑO	SEXO Masculino o Femenino	
CIUDAD / CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	

Sección 2: Selección para Elegibilidad de la Vacuna

Si usted ya ha recibido la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009, por favor díganos las dosis y las fechas de vacunación.

- Dosis 1 Fecha de la dosis: Mes _____ Día _____ Año _____ Vía (por favor, marque): Nasal Inyección
- Dosis 2 Fecha de la dosis: Mes _____ Día _____ Año _____ Vía (por favor, marque): Nasal Inyección

Las siguientes preguntas le ayudarán a saber si usted puede vacunarse con la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009. Marque SÍ o NO

A. Si responde NO a las 4 preguntas siguientes, usted probablemente podrá vacunarse con la vacuna contra la gripe H1 N1 de 2009. Si responde SÍ a una o más de las siguientes preguntas, se determinará si usted es elegible o no.

Por favor, marque SÍ o NO para cada pregunta.	SÍ	NO
1. ¿Tiene usted alergia al huevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted otro tipo de alergia? Por favor, enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido usted alguna reacción alérgica grave a la vacuna antigripal o a algún otro tipo de vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido usted el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de 6 semanas de recibir la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Hay 2 tipos de vacuna contra la gripe H1N1 de 2009. Sus respuestas nos ayudarán a decidir el tipo de vacuna para usted.

Por favor, marque SÍ o NO para cada pregunta.	SÍ	NO
1. Ha recibido usted cualquier vacuna (no sólo la de la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de vacuna: Mes _____ Día _____ Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted cualquiera de las siguientes enfermedades?: asma, diabetes (u otra enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios, o la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está usted recibiendo tratamiento prolongado con aspirina o productos que la contengan? (Es decir, ¿toma su niño aspirina todos los días?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene usted un sistema inmune debilitado? (p. ej. VIH, cáncer, o toma medicinas como esteroides?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene usted contacto con una persona con un sistema inmune severamente debilitado (p.ej. que requiera cuidados en un ambiente protegido como en los trasplantes de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA H1N1 de 2009**

He leído la Declaración Informativa de la Vacuna contra la Gripe H1N1 de 2009 y entiendo los riesgos y beneficios.

DOY CONSENTIMIENTO para recibir la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009.

Firma _____ Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vacuna	Fecha de Administración	Ruta	Dosis (1a o 2a)	Fabricante De la Vacuna	Número de Lote	Nombre y Título del Vacunador
H1N1 de 2009	/ /	<input type="checkbox"/> IM-P <input type="checkbox"/> IM-PF <input type="checkbox"/> Intranasal				
H1N1 de 2009	/ /	<input type="checkbox"/> IM-P <input type="checkbox"/> IM-PF <input type="checkbox"/> Intranasal				

Aviso sobre Normas de Privacidad

Este aviso describe de qué modo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y de qué modo usted puede acceder a esta información.

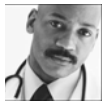
POR FAVOR LEA ATENTAMENTE



Deberes del Departamento de Salud

El Departamento de Salud (Department of Health) tiene la obligación por ley de mantener la privacidad de su información médica protegida. Este aviso sobre Normas de Privacidad le informa del modo en que se usará su información médica protegida y del modo en que el departamento mantiene su información privada y confidencial. También explica los deberes jurídicos y las normas que afectan a su información médica protegida. Como parte de los deberes jurídicos del departamento, se le debe entregar este Aviso sobre Normas de Privacidad. El departamento tiene la obligación de cumplir lo dispuesto en el Aviso sobre Normas de Privacidad vigente.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. Dicho cambio, de efectuarse, regirá con respecto a toda la información médica protegida que se mantenga. Los avisos sobre normas de privacidad nuevos o modificados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en www.myflorida.com y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud.



Usos y divulgación de su información médica protegida

Su información médica protegida incluye los datos demográficos y médicos relacionados con la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica puede incluir su nombre, dirección, teléfono, número del Seguro Social y cualquier otro dato que lo identifique como individuo. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o que se puede usar para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un profesional de la salud, plan de seguro médico, empleador o un centro de información sobre atención médica. El Departamento de Salud puede actuar como todas estas instituciones mencionadas. Esta información médica la usará el Departamento de Salud de muchas maneras en el curso de sus actividades normales.

El Departamento de Salud puede usar o revelar su información médica protegida con fines de tratamiento, pago y actividades de atención de la salud. *Los profesionales de la salud utilizan la información médica en la clínica u hospital donde lo atienden. Su información médica protegida se puede compartir, con o sin su consentimiento, con otro profesional de la salud a los efectos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica con fines de administración de casos y servicios. La clínica o el hospital del Departamento de Salud puede enviar la información médica a compañías de seguros, a Medicaid o a organismos de la comunidad para el pago de servicios que le fueron prestados a usted.*

Ciertos empleados del departamento pueden utilizar su información para mejorar las operaciones de atención de la salud del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento y otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida se puede revelar sin su autorización escrita según lo permita la ley. Dichas circunstancias incluyen:

- Denunciar el abuso de niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido.
- Investigaciones internas y auditorías a cargo de las divisiones, despachos y oficinas del departamento.
- Investigaciones y auditorías a cargo del Inspector General, del Auditor General y la Oficina de Análisis de la Política de Programas y Responsabilidad Gubernamental (Office of Program Policy Analysis and Government Accountability) de la legislatura.
- Fines de salud pública que incluyen estadísticas vitales, notificación de enfermedades, vigilancia sanitaria, investigaciones, intervenciones y regulación de profesionales de la salud.
- Investigaciones a cargo del examinador médico del distrito.
- Investigaciones aprobadas por el departamento.
- Ordenes, mandamientos o citaciones judiciales.
- Con fines de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos judiciales y administrativos.

Para otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se requerirá su autorización por escrito. Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que puede revocar por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser con fines de comercialización o investigación. Ciertos usos y divulgación de las notas de psicoterapeutas también requerirán su autorización por escrito.



Derechos individuales

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para realizar cualquier tratamiento, pago u actividades de atención médica.

También puede limitar la divulgación a individuos que intervienen en su atención. El departamento no tiene la obligación de aceptar ninguna restricción.

Usted tiene derecho a que se le asegure que su información se mantendrá

confidencial. El Departamento de Salud puede escribirle o telefonarle para recordarle sus citas para atención de la salud. Nos pondremos en contacto con usted de la manera y a la dirección o número de teléfono que usted seleccione. Es posible que se le pida que envíe la solicitud por escrito. Si es responsable del pago de servicios, puede suministrar una dirección que no sea su lugar de residencia donde pueda recibir correspondencia y donde podamos ponernos en contacto con usted.

Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. Su inspección de la información será supervisada y se llevará a cabo en un lugar y fecha determinados de antemano. Es posible que se le deniegue el acceso según lo especifica la ley. Si el acceso le es denegado, usted tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de la salud matriculado quien no haya intervenido en la decisión de denegar el acceso. Este profesional de la salud matriculado será designado por el departamento.

Usted tiene derecho a corregir su información médica protegida. Su solicitud de corregir su información médica protegida debe hacerse por escrito y debe dar la razón que justifica dicha corrección solicitada. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o en parte, si encuentra que la información médica protegida:

- No fue creada por el departamento,
- No es información médica protegida,
- Por ley no está disponible para que usted la examine, o
- Es exacta y completa.

Si su corrección es aceptada, el departamento efectuará la corrección y le informará a usted y a quienes necesiten estar informados acerca de la corrección. Si su solicitud es denegada, puede enviar una carta detallando la razón por la que no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja formal, según se describe abajo en la sección titulada Quejas.

Usted tiene derecho a recibir un resumen de ciertas circunstancias en que el Departamento de Salud pueda haber divulgado su información médica protegida.

Este resumen **no** incluye los casos en que se haya divulgado información:

- A usted.
- A individuos que intervinieron en su atención.
- Con su autorización.
- A fin de brindar tratamiento, efectuar pago y para actividades relacionadas con la atención de la salud.
- Con fines de salud pública.
- Con fines de regulación para los profesionales de la salud.
- Para denunciar el abuso de niños, adultos o discapacitados.
- Antes del 14 de abril de 2003.

Este resumen **no** incluye casos en que se haya divulgado información:

- Con fines de investigación, fuera de aquellos a los que autorizó por escrito.
- A fin de responder a órdenes, citaciones o mandamientos judiciales.

Puede solicitar un resumen durante no más de 6 años a partir de la fecha de su solicitud. Si recibió este Aviso sobre Normas de Privacidad por vía electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa si así lo solicita.

Para obtener más información

Las solicitudes de información adicional sobre los temas tratados en este aviso pueden dirigirse a la persona que le envió este aviso, al director o administrador de la institución del Departamento de Salud que le envió el aviso, o al Departamento de Salud, Inspector General, a la siguiente dirección 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos en cuanto a la privacidad, puede presentar una queja ante el Inspector General dirigida a: Departamento de Salud, Inspector General, 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y ante el Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE.UU.: Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o sin cargo: 877-696-6775. La queja debe hacerse por escrito, describiendo los actos u omisiones que usted cree que violan sus derechos a la privacidad, y debe presentarla dentro de los 180 días de la fecha en que notó o debería haber notado el acto u omisión ocurrido. El Departamento de Salud no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

Fecha de vigencia

Este Aviso sobre Normas de Privacidad tiene vigencia a partir del 14 de abril de 2003, y regirá hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso sobre Normas de Privacidad.

Referencias

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Vol. 65, No. 250 (28 de diciembre de 2000). "Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Vol. 67, No. 157 (14 de agosto de 2002).