



Información sobre la inscripción en los centros de salud escolares

Estimados padres y tutores:

En colaboración con las escuelas públicas de Portland, Westbrook y South Portland, así como con el Maine Medical Center, Greater Portland Health (GPH) ofrece servicios de centros de salud escolares en: las escuelas de Portland, Deering y Casco Bay; PATHS; el colegio King; los institutos y colegios de Westbrook; y los institutos y colegios de South Portland.

Complete el formulario de inscripción médica adjunto para que su hijo pueda recibir servicios de salud escolares en cualquier centro de salud escolar de GPH y en cualquier centro de atención primaria de GPH que atienda a niños. **Aunque su hijo ya tenga un proveedor habitual de atención primaria o un profesional de la salud mental, puede inscribirlo igualmente en el programa del centro de salud escolar de GPH.** Nuestro objetivo es que todos los niños y sus familias estén adscritos a un centro de atención primaria. Los centros de salud escolares de GPH complementan los servicios del proveedor habitual de atención primaria de su hijo y coordinan la atención con dicho proveedor cuando sea necesario. Para obtener más información, visite el sitio web de GPH (<https://www.greaterportlandhealth.org/services/school-based-health-centers>).

Se presentarán las reclamaciones al seguro correspondientes a los servicios prestados, según corresponda. Si un paciente no tiene seguro, Greater Portland Health ofrece una escala de tarifas variable.

Los centros de salud escolares de Greater Portland Health ofrecen: • Servicios de atención primaria de salud • Servicios de salud conductual • Servicios psiquiátricos • Servicios de salud dental (inscripción independiente) • Servicios de telesalud • Gestión de los métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia • Flebotomía • Optometría	Las 5 razones principales para inscribir a su hijo: 1. Personal amable y atento 2. Programación cómoda y rápida (¡sin necesidad de transporte!) 3. Coordinación con el proveedor de atención primaria de su hijo 4. Atención de calidad y con empatía 5. Monitoreo sencillo de enfermedades crónicas
--	---

En este paquete encontrará:

- Preguntas frecuentes (FAQ) acerca del centro de salud escolar de GPH - *para que las guarde*
- Avisos sobre las prácticas de privacidad de Greater Portland Health - *para que los conserve*
- Formulario de inscripción médica – **complételo, fírmelo y entréguelo en el centro de salud escolar o a la enfermera del colegio.**
- Consentimiento general para recibir tratamiento - **fírmelo y entréguelo al centro de salud escolar o a la enfermera del colegio.**
- Autorización para la divulgación de información – **fírmela y entréguela al centro de salud escolar o a la enfermera del colegio.**

Si tiene alguna otra pregunta, póngase en contacto con nosotros llamando al (207) 874-2141, extensión 7, o por correo electrónico a gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org.



El Centro médico escolar (SBHC, School-Based Health Center) de Greater Portland Health

Preguntas frecuentes

P: ¿Cuáles son las escuelas que tienen centros médicos?

R: En Portland: King Middle School, Deering High School, Portland High School, Casco Bay High School y PATHS

En Westbrook: Escuelas de Westbrook High School y Middle School

En South Portland: South Portland High School y South Portland Middle School

P: ¿Cómo inscribo a mi hijo(a)?

R: Llene y firme el formulario de inscripción. El formulario completado puede entregarse de estas maneras: al School-Based Health Center (SBHC) de la escuela, al/la enfermero(a) escolar o a un/una maestro(a) del aula principal.

P: ¿Puede mi hijo(a) tener una consulta con un proveedor de atención médica en un SBHC de Greater Portland Health (GPH) o una práctica de atención primaria si el formulario de inscripción no se devolvió con la firma de un padre?

R: Los estudiantes menores de edad (es decir, menores de 18 años*) deben presentar un formulario de inscripción firmado antes de tener una consulta con un proveedor. El formulario de inscripción funciona como documento de autorización para prestar servicios médicos y de salud conductual a un menor.

El consentimiento verbal del padre o tutor del niño permitirá que el proveedor vea al/la niño(a) **una vez solamente**. Se debe devolver un formulario de inscripción completo y firmado antes de que se brinden otros servicios.

* Un menor puede otorgar su consentimiento para todos los servicios médicos, mentales, dentales y de otro tipo de consejería para la salud si dicho menor:

- vive aparte, independientemente del sustento paterno
- es casado
- es miembro de las Fuerzas Armadas
- se ha emancipado

Si el estudiante es mayor de 18 años, puede llenar y firmar su propio formulario de inscripción para recibir servicios en cualquier práctica o localidad de GPH.

P: ¿Qué se considera como visita confidencial?

R: Los estudiantes inscritos en el SBHC tendrán acceso a servicios confidenciales (a menos que un estudiante decida incluir a sus padres en la atención médica y dé su autorización para ello). Los siguientes servicios se consideran como visitas confidenciales:

- Alcohol y uso y abuso de drogas
- Pruebas y tratamiento del HIV y otras enfermedades de transmisión sexual
- Servicios de cuidado prenatal y parto
- cuidado de salud mental para paciente externo
- Administración logística de los anticonceptivos (incluyendo, pero no limitado a: condones, píldoras anticonceptivas orales, parches anticonceptivos, píldoras anticonceptivas de emergencia; para estudiantes de secundaria: inyecciones anticonceptivas, implantes y dispositivos anticonceptivos intrauterinos también son opciones).

P: Si mi hijo(a) ya es paciente establecido de GPH, ¿necesito inscribirlo igualmente?

R: Sí.

P: Si los estudiantes no tienen seguro médico, ¿pueden hacer una visita médica en el SBHC?

R: Sí.

P: Tengo una pregunta sobre el seguro o sobre una factura que he recibido.

R: Si desea informarse sobre las opciones del seguro y del pago, incluida nuestra escala de tarifas variable, llame al (207) 874-2141 y marque la extensión 5058 para que le pongan en contacto con nuestros asesores de ayuda económica. Si tiene alguna duda sobre los cargos o los servicios que figuran en su factura, llame al (207) 874-2141 y marque el 6 para que le pongan en contacto con el Departamento de Facturación.

P: ¿Por qué se solicita información sobre los ingresos familiares en el formulario de inscripción? ¿Puedo negarme a responder a esta pregunta? **R:** GPH está obligada a informar sobre los niveles de ingresos de nuestra población de pacientes para la financiación que reciben nuestros centros de salud.

No se comparten los datos personales de los pacientes, y el nivel de ingresos de un niño no influye en absoluto en la atención que recibe. Puede negarse a facilitar información sobre sus ingresos.

P: ¿Cuál es la diferencia entre las funciones de la enfermera escolar y las de los centros de salud escolares (SBHC)?

R: La enfermera del colegio evalúa los problemas médicos para determinar si el niño debe ser atendido por un proveedor de atención primaria. Las enfermeras escolares pueden detectar posibles obstáculos para el aprendizaje, revisar el estado de vacunación, realizar la clasificación de pacientes o tratar accidentes y enfermedades, administrar medicamentos y contribuir al éxito educativo a través de los planes de educación individualizados (IEP) y los planes de salud individualizados (IHP).

Los SBHC constituyen un punto de acceso y una fuente de atención primaria para los niños y cuentan con personal médico y de salud conductual (es decir, médicos, enfermeras especializadas, auxiliares médicos y trabajadores sociales clínicos titulados). Los niños afiliados pueden elegir GPH como su centro médico de referencia, lo que les garantiza una atención coordinada y accesible durante todo el año. Si un niño recibe atención primaria en otro centro, los profesionales de los SBHC coordinarán la atención con el proveedor de atención primaria del niño.

P: ¿Qué servicios se prestan en los SBHC?

R: Los servicios que se ofrecen incluyen: reconocimientos médicos deportivos, diagnóstico y tratamiento de enfermedades leves, seguimiento de enfermedades crónicas, vacunas, asesoramiento en salud mental, flebotomía (extracción de sangre para análisis) y asesoramiento sobre anticonceptivos.

P: ¿Deberían los niños acudir primero a la enfermera del colegio o ir directamente al SBHC?

R: Los niños que estén inscritos en los servicios de salud escolares pueden elegir a dónde quieren acudir primero. Los niños inscritos siempre son bienvenidos en cualquier SBHC durante el horario de apertura. Las citas se pueden concertar con antelación a través de la enfermera del colegio o directamente por parte del niño.

P: ¿Puede mi hijo acudir al SBHC aunque no estudie en esa escuela?

R: Sí, si su hijo está inscrito en los servicios de salud escolares de GPH, puede acudir a cualquiera de nuestros SBHC y a cualquier centro de atención primaria de GPH que atienda a niños.

P: ¿Tengo que volver a inscribir a mi hijo en los servicios de salud escolares de GPH cada año? Si mi hijo deja de asistir a los colegios de Westbrook, South Portland o Portland, ¿sigue siendo un paciente de GPH?

R: Siempre que su hijo esté inscrito en las escuelas públicas de Westbrook, South Portland o Portland, NO es necesario que presente nueva documentación cada año. Tampoco es necesario que presente documentación adicional para que atiendan a su hijo en cualquiera de nuestros SBHC de GPH o en cualquier centro de atención primaria de GPH que atienda a niños.

Si su hijo ya no está inscrito en ninguno de estos tres sistemas escolares, deberá ponerse en contacto con GPH llamando al 874-2141 y solicitar que su hijo siga siendo paciente de uno de nuestros centros de atención primaria que atienden a niños. Es posible que se requiera documentación adicional.

P: ¿Qué ocurre si mi hijo necesita atención médica fuera del horario escolar?

R: Puede concertar una cita en cualquier centro de atención primaria de GPH que atienda a niños llamando al 874-2141. Si su hijo tiene un proveedor de atención primaria que no pertenece a GPH, también puede ponerse en contacto con ellos.

P: ¿Podrá mi hijo acudir a los profesionales del SBHC durante los periodos de enseñanza remota o con horarios escolares modificados?

R: Sí. Todos los profesionales médicos y de salud conductual pueden realizar consultas de telesalud (a través de ZOOM o por teléfono) con los pacientes. Para que dispongamos de los datos de contacto correctos para las consultas de telesalud, indique la dirección de correo electrónico de su hijo en el formulario de inscripción.

Si tiene alguna otra pregunta, póngase en contacto con nosotros llamando al (207) 874-2141, extensión 7, o por correo electrónico en gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, sus derechos respecto a su información sanitaria protegida (protected health information, PHI), cómo presentar una queja sobre una violación de la privacidad o seguridad de su PHI, o de sus derechos respecto a su PHI. Tiene derecho a copiar este Aviso (en papel o en formato electrónico) y a discutirlo con el Responsable de Privacidad de Greater Portland Health ("GPH") al 207-874-2141 si tiene alguna pregunta.

Este Aviso aplica a toda la PHI, incluida, si corresponde, la información sobre el Trastorno por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD).

Usos y divulgaciones de su PHI:

Cuando solicita atención médica a GPH, se documenta un registro de la interacción. Este registro puede contener sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y un plan para su atención/servicios futuros. Esta información forma parte de su historia clínica/médica y es una parte esencial de la atención/servicios médicos que le prestamos. La información sobre usted en el registro a veces se denomina PHI y la GPH está obligada por ley a proteger la privacidad de la PHI. Cualquier uso y divulgación de su PHI no descrito en este aviso solo estará permitido con notificación a usted y con su consentimiento previo por escrito, el cual tiene derecho a revocar en cualquier momento. Un ejemplo implica actividades de marketing.

Podemos utilizar y divulgar su PHI sin autorización por escrito separada:

- Para planificar y brindar su atención y tratamiento,
- En comunicación con los profesionales de salud que contribuyen a su atención,
- Para la comprobación a terceros pagadores (compañías de seguros) de que se prestaron servicios,
- Al realizar operaciones sanitarias, incluyendo evaluaciones de calidad sobre la atención que prestamos y los resultados que alcanzamos,
- Para informarle sobre servicios y tratamientos que puedan interesarle,
- Para cumplir con las leyes estatales y federales que nos obligan a revelar su PHI, y
- Si su PHI incluye registros de SUD generados en relación con un programa de SUD respaldado por fondos federales, y si ha firmado un formulario de autorización para la divulgación de su otra PHI a un tercero, la autorización es suficiente por ley para permitir la divulgación de la información de SUD.

Restricciones especiales:

No divulgaremos PHI ni testificaremos sobre el contenido de sus registros confidenciales en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo sin su consentimiento escrito específico o una orden judicial. La presentación de PHI para procedimientos judiciales (basada en una citación u otro mandato legal y una orden judicial) no se llevará a cabo sin que antes le demos un aviso para darle la oportunidad de impugnar la producción o de ser escuchado de otro modo, si dicha notificación y/o oportunidad es requerida por la ley federal.

Divulgaciones sobre servicios para trastornos por consumo de sustancias en un programa "Parte 2".

Si su PHI incluye registros de SUD generados en relación con un Programa "Parte 2" (es decir, un programa SUD respaldado por fondos federales), cualquier divulgación permitida u obligatoria para tratamiento, pago u operaciones sanitarias a otro proveedor o Programa SUD podrá ser revelada adicionalmente por ese programa o proveedor sanitario si, y en la medida permitida por la ley federal, sin requerir un consentimiento escrito separado de parte de usted. Si firma un formulario de autorización para la divulgación de su PHI a un tercero, y cubre tanto registros generales de PHI como registros de SUD, no será necesario un formulario de consentimiento separado para las divulgaciones de SUD.

Sus derechos con respecto a su información médica.

Aunque su historia clínica es propiedad física de GPH, la PHI le pertenece a usted. Según las Normas Federales de Privacidad, usted tiene derecho a:

- Recibir notificación del uso y divulgación de su expediente médico, incluida una copia en papel del aviso si lo solicita,
- Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica o solicitar que enviemos sus comunicaciones confidenciales por medios alternativos,
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente,
- Solicitar que se modifique su expediente médico,
- Asegurar la precisión de su PHI, y
- Solicitar un informe de determinados usos y divulgaciones de su PHI.

Nuestras responsabilidades.

GPH tiene la obligación de:

- Mantener la privacidad de su información médica, incluidas las notas de psicoterapia y asesoramiento sobre SUD, a menos que consienta o se aplique una excepción a la divulgación.
- Proporcionarle información sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de GPH con respecto a la información médica que recopilamos y conservamos sobre usted.
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso más reciente.
- Notificarle si GPH no puede cumplir con una restricción solicitada.
- Aceptar solicitudes razonables con respecto a medios alternativos para comunicarse sobre su PHI.
- Si GPH se involucra en la recaudación de fondos, le da la oportunidad de decidir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de GPH.
- Proporcionarle un único formulario de consentimiento que permita a GPH utilizar y divulgar su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

GPH se reserva el derecho de cambiar y modificar sus prácticas de privacidad para seguir cumpliendo con las leyes federales y estatales. En caso de que se produzca un cambio sustancial, se pondrá a disposición o se distribuirá un Aviso modificado en la medida en que lo exija la ley.

Divulgaciones permitidas sin consentimiento.

GPH está autorizada a utilizar y divulgar su información médica sin su consentimiento:

- Para fines relacionados con el tratamiento,
- Para fines relacionados con el pago,
- Para operaciones sanitarias, y
- Cuando lo exija la legislación estatal o federal.
- Cuando la ley lo permita, en comunicaciones con socios comerciales; para recordatorios de citas; a las autoridades sanitarias gubernamentales, incluidos los médicos estatales, la Administración de Alimentos y Medicamentos, organizaciones de adquisición de órganos, esfuerzos de las autoridades para actividades y protección de salud pública, incluidas divulgaciones relacionadas con servicios de protección infantil o de adultos; emergencias médicas; donación de órganos o tejidos; fines de

investigación con datos desidentificados; forense; servicios para cumplir con las leyes relativas a la compensación laboral; para ciertas funciones gubernamentales especializadas permitidas, incluidas operaciones militares o esfuerzos de ayuda ante desastres; a las autoridades gubernamentales de aplicación de la ley en respuesta a una orden judicial, o en otras situaciones legales como denunciar un delito o responder a ciertas citaciones válidas.

Divulgaciones permitidas con la posibilidad de excluirse. GPH puede comunicarse con usted, tras haberle dado la oportunidad de objetar u optar por no participar, respecto a: divulgaciones a familiares y cuidadores si son relevantes para la implicación de esa persona en su cuidado o el pago por su cuidado; solicitudes sobre beneficios o productos relacionados con la salud; para operaciones de recaudación de fondos; para los esfuerzos de marketing de GPH.

Acuerdo de atención médica organizada.

GPH es miembro de Community Care Partnership of Maine ("CCPM"), un "Acuerdo de atención médica organizada" centrado en mejorar la salud de las comunidades a las que presta servicio. Los miembros de CCPM, en colaboración con las compañías de seguros, utilizan análisis de salud de la población, revisión de la utilización, actividades de evaluación y mejora de la calidad y otras estrategias basadas en la evidencia para mejorar su atención médica. Los miembros son mutuamente responsables de la salud de todos los pacientes atendidos por CCPM. Las entidades que conforman este Acuerdo de atención médica organizada incluyen los siguientes centros de salud y hospitales comunitarios: Cary Medical Center, Bucksport Regional Medical Center, Servicios Comunitarios Clínicos, Eastport Health Care, Fish River Rural Health, Harrington Family Health Center, Health Access Network, HealthReach Community Health Centers, Islands Community Medical Services, Mount Desert Island Hospital, Katahdin Valley Health Center, Millinocket Regional Hospital, York County Community Action Corporation, Pines Health Services, Penobscot Valley Hospital, Pines Health Services, Centro Médico Regional en Lubec, Sacopee Valley Health Center, GPH, Sebasticook Family Doctors, St. Joseph Hospital y St. Croix Regional Family Health Center. El Acuerdo de atención médica organizada de CCPM permite a estas entidades cubiertas independientes, incluida GPH, compartir entre sí la PHI según sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica permitidos en relación con el trabajo del Acuerdo de atención médica organizada, salvo que lo limite alguna ley, norma o reglamento. La lista de entidades puede actualizarse para incluir nuevas entidades en el futuro. Puede acceder a la lista más reciente en www.ccpmmaine.org/members o llamar al 207-992-9200.

Para obtener más información, solicitar información o informar un problema

Si cree en sus derechos de privacidad respecto a cualquier información confidencial de salud, incluida la información sobre el tratamiento con SUD si han sido infringidos por GPH, puede comunicarse con el Responsable de Privacidad de GPH, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141; www.greaterportlandhealth.org. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Consulte la página web de la Oficina de Derechos Civiles www.hhs.gov/ocr/hipaa/ para más información.

GPH no le impondrá ninguna sanción por presentar una queja.

Vigente: 2 de enero de 2026

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/02/16/2024-02544/confidentiality-of-substance-use-disorder-sud-patient-records>

Centro de Salud Escolar de GPH
Formulario de inscripción
Complételo y entréguelo en el colegio

Nombre de la escuela: _____

Nivel educativo: _____

Nombre del niño (apellido, nombre e inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo legal (marque con un

círculo uno de los siguientes): H M

mes / día / año

(Igual que en la tarjeta de MaineCare, si corresponde)

Dirección: _____ Código postal: _____

Personas sin hogar ☐

Teléfono de los padres/tutores: _____ ¿Le parece bien el mensaje del buzón de voz? Sí / No Dirección de correo electrónico de los padres/tutor: _____

Nombre de la aseguradora _____ N.º de póliza _____

N.º del grupo _____ Dirección de la compañía de seguros _____

Nombre del avalista/padres _____ N.º de teléfono _____

Número de identificación de MaineCare (que termina en A) _____

¿Tiene tu hijo un seguro? Sí / No

Si desea consultar las opciones del seguro y del pago, llame al (207) 874-2141 y marque la extensión 5058 para que le pongan en contacto con el asesor de ayuda económica.

Información sobre salud:

¿Dónde suele recibir atención su hijo? _____ Northern Light Health _____ InterMed
_____ MaineHealth _____ Martin's Point _____ Greater Portland Health _____ Otro: _____

Mi hijo se ha realizado un examen médico en los últimos dos años. ____Sí ____NO ____No estoy seguro
de si mi hijo necesitará vacunación este año. ____Sí ____NO ____No estoy seguro

¿Su hijo tiene asma? Sí/NO ¿Existe un plan escrito para el asma en el colegio? Sí/NO

¿Su hijo tiene diabetes? Sí/NO ¿Existe un plan escrito para la diabetes en el colegio? Sí/NO

Otros problemas de salud física, dental o mental: _____

Antecedentes médicos personales/familiares—

verifique si en sus antecedentes familiares hay alguno de los siguientes problemas de salud:

____Alergias	____ Diabetes
____Trastorno inmunológico	____ Asma
____ Enfermedades cardíacas	____ Enfermedades mentales
____Abuso de alcohol/drogas	____Hipertensión
____ Colesterol alto	____Tuberculosis

Raza del niño (marque una o varias opciones): _____ Blanco _____ Negro, Africano, afroamericano _____ Otros habitantes de las islas del Pacífico _____ Asiático
_____Indígenas de América del Sur, Central y del Norte; nativos de Alaska _____Nativo de Hawái _____ Multirracial

Origen étnico: _____Hispano/Latino _____No es hispano/latino

Ingresos anuales totales del hogar: _____

Número total de miembros de la familia que viven en el hogar _____

Nombre del garante (persona responsable de los gastos de salud del menor): _____ Fecha de nacimiento: ____Relación con el menor: _____

Al firmar este formulario, reconozco y comprendo que:

- He recibido y leído la Carta informativa de Greater Portland Health ("GPH") sobre el centro de salud escolar, en la que se explica en qué consisten los centros de salud escolares de GPH y qué servicios y prestaciones pueden ofrecer a mi hijo.
- Los centros de salud escolares de GPH son una entidad independiente de los colegios y de las consultas de enfermería escolar. Ofrecen evaluaciones de atención primaria y una variedad de tratamientos de salud en las instalaciones escolares, mientras se mantienen en contacto con otros proveedores de atención médica que también puedan estar involucrados en la atención de su hijo.
- Este consentimiento será válido mientras mi hijo esté matriculado en los siguientes sistemas escolares: Portland, Westbrook o South Portland, salvo que yo lo revoque por escrito antes.
- Debo revisar y firmar el Formulario de autorización para el uso y la divulgación de la información de salud en relación con la inscripción de mi hijo en los centros de salud escolares de GPH.

He leído este formulario en su totalidad y acepto inscribir a mi hijo en los centros de salud escolares de GPH en este momento.

✍ **Firma de los padres/tutor:** _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Greater Portland Health (GPH) es un centro de salud comunitario que brinda atención médica integral para la salud física y mental, incluidos servicios relacionados con VIH/SIDA y atención odontológica, a toda la comunidad. GPH utiliza una historia clínica electrónica (EHR) que mantiene toda su información médica en un solo lugar. Para brindarle la mejor atención posible, los proveedores de GPH pueden ver cualquier parte relevante de su historial médico para su tratamiento, incluidos los registros de salud física o mental, tratamiento por consumo de sustancias o atención odontológica.

1. **Consentimiento general para tratamiento:** Autorizo a los proveedores de GPH a realizar exámenes, pruebas de diagnóstico y procedimientos para evaluar mis afecciones de salud, y a proporcionar la atención (incluido el tratamiento de emergencia), los servicios o terapias necesarios para diagnosticarme y tratarme de manera eficaz. Entiendo que es responsabilidad de los profesionales que me tratan explicarme la naturaleza de la atención, el tratamiento, los servicios, los medicamentos recetados, las intervenciones sugeridas o los procedimientos propuestos. Antes de someterme a cualquier procedimiento o prueba, los profesionales que me atienden me explicarán los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, incluidos los posibles problemas que podrían ocurrir durante la recuperación, la probabilidad de éxito, otras opciones, incluidos los riesgos o efectos secundarios relevantes para esas alternativas, y la información sobre las posibles consecuencias por elegir no someterme al tratamiento recomendado.
2. **Derecho a rechazar el tratamiento:** Entiendo que puedo rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o considerado necesario desde el punto de vista médico por los profesionales de atención médica que me atienden, y que sigo siendo responsable de las decisiones que adopte sobre mi propia atención médica y de las consecuencias de esas decisiones.
3. **Responsabilidad de pago:** Entiendo que debo pagar a GPH los cargos que deriven de mi tratamiento. Solicito que el pago de los beneficios cubiertos autorizados se realice en mi nombre a GPH por dichos servicios. Entiendo que GPH puede compartir mi información médica, incluida la información relacionada con el VIH/SIDA, el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (según lo permita o exija la ley) y la atención médica de salud mental, con mi(s) compañía(s) de seguros a los fines de pago y verificación de beneficios.
4. **Aviso de prácticas de privacidad (NPP):** Entiendo que GPH debe mantener la confidencialidad de mi información médica, pero legalmente puede usarla para tratarme, recibir pagos por los servicios que se me brindaron, coordinar mi atención o para las operaciones internas necesarias de GPH.
5. **Divulgación de información de atención médica:** Comprendo que, supeditado a ciertas condiciones, puedo solicitar limitaciones en la manera en que se comparte mi información, pedir recibir mis comunicaciones en una dirección o número de teléfono específico y revisar u obtener copias de mi información médica protegida ante una solicitud por escrito de mi parte. Tengo otros derechos con respecto a mi información médica, según se indica en el NPP.
6. **Seguro:** Si tengo una cobertura de seguro activa, me aseguraré de que mi plan de seguro incluya a mi médico de atención primaria (PCP) de GPH para que se realice la facturación correctamente y pueda acceder a la atención especializada. Entiendo que GPH tiene derecho a comunicarse con el proveedor de mi plan de seguro para proporcionar información actualizada si el PCP que figura en la lista no es correcto.
7. **HealthInfoNet (HIN) y Sistema de información sobre vacunación de Maine (ImmPact):** GPH participa en ambos sistemas. HIN es una plataforma electrónica segura donde los proveedores de atención médica de Maine comparten información de los pacientes para tomar decisiones de tratamiento más informadas. ImmPact es un repositorio centralizado seguro y administrado por el estado para los registros de vacunación. Los proveedores de Maine deben registrar las vacunas allí. Estos son programas de exclusión voluntaria; si desea obtener más información o excluirse, pregúntele a un miembro del equipo de atención.
8. **Resultados de análisis de laboratorio:** GPH contrata a NorDx Laboratories para determinados servicios de laboratorio. Cuando NorDx se encarga de los análisis, los resultados están disponibles en la EHR de MaineHealth. Tanto los proveedores de GPH como los de MaineHealth pueden acceder a los resultados de sus análisis de laboratorio para respaldar su atención, ayudar a tomar decisiones informadas y coordinar el tratamiento.
9. **Tecnología de asistencia:** GPH utiliza diversas herramientas informáticas avanzadas, incluida la inteligencia artificial (IA), para brindar apoyo a los profesionales y a los equipos de atención. Estas tecnologías no reemplazan a su proveedor de atención médica. No recurrimos a sistemas de IA para tomar decisiones sobre su atención. Un médico clínico titulado que lo conoce a usted y a sus antecedentes médicos hará las evaluaciones finales y las recomendaciones sobre su diagnóstico y tratamiento.

10. **Normas de conducta adecuada:** GPH debe ser un entorno seguro y respetuoso para todos. No se admiten comportamientos peligrosos, abusivos o amenazantes, y pueden dar lugar a la creación de acuerdos de atención colaborativa y a la posible expulsión del consultorio.
11. **Derecho a presentar quejas:** Conozco mis derechos a presentar quejas que se establecen en la Política de gestión de quejas de GPH.
12. **Firma:** Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. Si tengo preguntas sobre mi consentimiento, se las formularé a un miembro del equipo de atención antes de firmar este formulario.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____
(Si es menor de 18 años, debe firmar el padre/la madre o el tutor legal) *ccg5/2026*



Centro médico escolar (SBHC, School-Based Health Center) de Greater Portland Health

Autorización para la divulgación de información

Mediante mi firma abajo, reconozco y acepto lo siguiente con respecto a la inscripción de mi hijo(a) en el School-Based Health Center (SBHC) de Greater Portland Health (GPH) y a la divulgación del historial médico de mi hijo(a) y la información relacionada a éste:

- He recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad de GPH que informa sobre la manera en que la información de salud en el expediente de salud de mi hijo(a) puede usarse y divulgarse, de acuerdo con las normas de confidencialidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act).
- Autorizo a los SBHCs de GPH a acceder al expediente de salud escolar de mi hijo(a), incluyendo, entre otros, los expedientes físicos, de conducta y de orientación si los hay, y toda información relacionada con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el SBHC de GPH.
- Autorizo al SBHC de GPH a proveer a la Escuela (incluyendo al/la enfermero(a) y a trabajadores sociales) información de los expedientes del SBHC de GPH según sea necesario y apropiado con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro médico de GPH.
- Autorizo al SBHC de GPH a compartir la información en los expedientes del SBHC de GPH (incluyendo los expedientes de salud escolar si están incluidos en el expediente del SBHC de GPH) con otros médicos y proveedores tratantes, incluyendo proveedores de atención primaria, dentistas, y profesionales de salud mental, para facilitar la prestación de atención médica a mi hijo(a).
- Autorizo al proveedor de atención primaria, dentista y profesional de salud mental de mi hijo(a) (“Terceros proveedores”) a entregar información y expedientes de salud al SBHC de GPH para facilitar la prestación de atención médica por parte del SBHC de GPH a mi hijo(a). Entiendo que dichos Terceros proveedores pueden solicitarme que firme una autorización independiente para permitir la divulgación de los expedientes relacionados con el tratamiento por parte de los Terceros proveedores.
- Autorizo al SBHC de GPH a divulgar información de los expedientes del SBHC de GPH, según sea necesario para facturar a las compañías de seguro u otros pagadores.
- Entiendo y estoy de acuerdo con que: i) esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se disponga aquí una duración más corta; y que (ii) puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación escrita sobre el retiro de la autorización, excepto en la medida en que el SBHC de GPH lo haya hecho conforme al consentimiento original.

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra imprenta: _____ **Parentesco:** _____