2021-2022 Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas

Departamento de Salud del Condado de Richmond County

Sección 1: Información acerca del Estudiante que Recibirá la Vacuna contra la Influenza (por favor escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	NOMBRE DE LA ESCUELA:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL (la) ESTUDIANTE (mm/dd/yyyy)	EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD *(Encierre en un Círculo)* No hispano/latino hispano latino	RAZA *(Encierre en círculo)* afroamericano, blanco, indígena norteamericano, asiático, nativo de Alaska, hawaiano, otra Isla del Pacífico Pacific Islander,		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL:	
DIRECCION DE CASA:			NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR:	
CIUDAD ESTADO		CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES / TUTOR	

INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? ☐ Sí / ☐ No

Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:

☐ Aetna ☐ Medicaid ☐ No tengo seguro
☐ Blue Cross Blue Shield ☐ Peachcare ☐ Otro_____
☐ Cigna ☐ United Healthcare

Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro

Nombre Titular de la Póliza _____

Grupo_____

ID Miembro _____

Sección 2: Información Médica: *Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza.* ***Por favor encierre en un círculo Sí o No para cada pregunta.***

1. ¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	Sí	No
2. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza?	**FECHA:**	
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	Sí	No
7. ¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosos)	Sí	No
8. ¿La persona que recibirá la vacuna de la gripe recibir medicamentos antivirales?	Si	No
9. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cancer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
11. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento: ***El formulario de consentimiento de vacunación le permiten aceptar la vacunación de su hijo(a). Si este formulario de consentimiento no está diligenciado completamente, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.***

☐ **DOY MI APROBACIÓN** a **Richmond County Health Department** ***para que el(la) estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza.*** Confirmo que la información médica y sobre el(la) estudiante proporcionada arriba es correcta. He recibido una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la influenza así como un Aviso de Política de Privacidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza que se le dará al estudiante al cual estoy autorizado (a) a representar. Entiendo que la participación y recepción de la vacuna contra la influenza a través de este programa es completamente voluntaria. Al firmar abajo, doy permiso para que el estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza intranasal o inyectable.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ ***Fecha:*** _____

NO DEVUELVA el formulario a la escuela si no desea que su hijo reciba la vacuna contra la influenza

FOR CLINIC USE ONLY

Influenza Vaccine:	Adm Route	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	
☐ Inactivated Influenza Vaccine - Quadrivalent (IIV_4)	**IM:** LA / RA	/ /			/ /	/ /	Signature of Nurse: _____ Date: _____

Entry Clerk Initial: _____ Date: _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la **influenza (gripe)**.

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años,** se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal.**
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado "GBS")

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en **www.vaers.hhs.gov** o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en **www.hrsa.gov/vaccinecompensation** o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en **www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines**.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
  - Llame al **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) o
  - Visite el sitio web de los CDC en **www.cdc.gov/vaccines**.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Department of Public Health
Form GC-090138

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

La Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) requiere que el Departamento de Salud Publica de Georgia (DPH) para mantener la privacidad de su informacion de salud informarlo acerca de sus obligaciones legales y prckticas de privacidad con respecto a su informacion de salud a traves de este Aviso de Privacidad Practicas que notificar si hay una infraccion que implica su informacion medica protegida de acuerdo para restringir la divulgacion de su informacion de salud a su plan de salud si usted paga de su propio bolsillo en su totalidad por los servicios de salud, y cumplir con los terminos de este Aviso actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar los terminos de este Aviso en cualquier memento. El aviso se publicara en la pagina web del DPH en www.health.state.ga.us. Las copias de la Notificacion estan disponibles bajo peticion.

El Departamento de Salud Publica y los consejos comarcales de la Salud seguira este aviso.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su informacion medica para proporcionarle tratamiento o servicios. Consejos de Salud del Condado de divulgar su informacion de salud a medicos, enfermeras y otro personal de la salud involucrados en su atencion. Por ejemplo, los consejos comarcales de la salud pueden compartir su informacion con los programas que participan en su cuidado de seguimiento, como los bebes no pueden esperar programa. Ademas, el Laboratorio de Salud Publica DPH devolvera resultados de las pruebas de laboratorio para la persona que ordeno las pruebas, y los resultados pueden ser utilizados para su tratamiento o atencion de seguimiento.

Pago: Podemos usar o divulgar su informacion medica para facturar y cobrar el pago por los servicios que recibe. Por ejemplo, su campania de seguro medico puede tener que proporcionar a su plan de salud con informacion sobre el tratamiento que recibio para que pueda hacer el pago o reembolso de los servicios proporcionados a usted.

Operaciones de atencion medica: Podemos usar y divulgar informacion acerca de usted para operaciones de atencion medica. Por ejemplo, nosotros podemos revisar el tratamiento y los servicios para evaluar el desempeno de nuestro personal en el cuidado de usted, y para determinar lo que debe proporcionar servicios adicionales.

Recordatorios de citas, llamadas de seguimiento: Podemos usar o revelar informacion medica sobre usted para recordarle una cita proxima o para comprobar en que despues de que haya recibido el tratamiento.

Personas que Participan en su Atencion: Si usted nose opone, podemos divulgar su informacion medica a unfamiliar, pariente o amigo cercano que este involucrado en su cuidado o ayuda en el cuidado de usted. Tambien podemos revelar informacion a alguien que ayude a pagar su atencion. Podemos revelar su informacion de saluda una organizacion el socorro en casos de desastre para ayudar a notificar a un familiar, pariente o amigo intimo de su condicion,

estado y ubicacion.

Negocios Asociadas: Podemos revelar su informacion a contratistas (socios de negocios) que prestan ciertos servicios a nosotros. Vamos a exigir estos socios comerciales para salvaguardar apropiadamente su informaci6n.

Actividades de salud publica: Podemos revelar su informacion de salud para actividades de salud publica, que incluyen: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informes de abuso infantil o negligencia; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos, o notificar a una persona de la retirada de productos, y notificar una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condicion.

Las victimas de abuso, negligencia o violencia domestica: Podemos revelar su informacion medica para notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que usted ha sido victima de abuso, negligencia o violencia domestica. Solo revelaremos esto si esta de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley o el reglamento.

Actividades de Vigilancia de Salud: Podemos divulgar su informacion medica a una agencia de supervision de la salud que esta autorizada para realizar auditorias, investigaciones, inspecciones, licencias y otras actividades necesarias para controlar el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las !eyes de derechos civiles.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos revelar su informacion de salud si es ordenado a hacerlo por un tribunal judicial o administrative que esta manejando una demanda u otro conflicto. Tambien podemos revelar su informacion de salud en respuesta a una citacion, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero solo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud o para proteger la informacion de salud solicitada.

Aplicaci6n de la ley: Podemos revelar informacion medica a las autoridades a cumplir con una arden judicial, arden, citaci6n o proceso similar para identificar o localizar a un sospechoso, fugitive, testigo material o persona desaparecida sabre la victima de un delito en determinadas circunstancias si creemos una muerte como resultado de una conducta criminal para denunciar un delito que ocurre en nuestras instalaciones en caso de emergencia, para reportar un crimen, la ubicacion o las victimas de la delincuencia, o la identidad, descripcion y ubicaci6n de la persona que comete el delito.

Investigaci6n: Bajo ciertas circunstancias podemos utilizar o divulgar su informacion medica para la investigacion. En la mayoria de los cases, le pediremos su autorizacion por escrito antes de hacerlo. A veces, podemos usar o divulgar su informacion medica para la investigaci6n sin su autorizacion por escrito. En esos cases, el uso o divulgar su informacion medica sin su consentimiento seran aprobados por una Junta de Revision Institucional o Junta de Privacidad.

Jueces de instrucci6n, medico forense y Directores de Funerarias: Podemos revelar informaci6n medica a un medico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. Tambien podemos revelar informacion medica a directores de funerarias segun sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Para evitar una amenaza seria a la salud o a la seguridad: Podemos usar o revelar su informacion de salud si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su seguridad, otra persona o del publico en general. Solo revelaremos su informacion a una persona que puede prevenir o reducir la amenaza.

Seguridad e Inteligencia Nacional de Actividades y Servicios de Protecci6n para el Presidente: Podemos revelar su informacion medica a funcionarios federales autorizados la realizaci6n de otras actividades de inteligencia y seguridad nacional. Tambien podemos revelar su informacion de saluda oficiales federales autorizados para la prestacion de servicios de

proteccion al Presidente, otras personas autorizadas, jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

Militares y veteranos: Podemos divulgar la informaci6n de salud del personal de las Fuerzas Armadas a las autoridades militares apropiadas para el cumplimiento de su misi6n militar. Tambien podemos revelar informaci6n medica sabre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras.

Presos: Si usted es un preso, podemos divulgar su informaci6n medica para el oficialde la ley o una instituci6n correccional que tenga custodia para brindarle atenci6n de salud, y para proteger su salud o seguridad o la de otros recluses o personas que participen en la supervisi6n o el transporte recluses.

Compensaci6n: Podemos revelar su informacion de salud para compensacion de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Como exige la ley: Divulgaremos su informaci6n medica cuando sea requerido porla ley.

Excepto en circunstancias limitadas, debemos obtener su autorizacion para 1) el uso o la divulgacion de notas de psicoterapia 2) cualquier uso o divulgacion de su informacion de salud para la comercializacion, y 3) la venta de su informacion medica. Si su informacion de salud tiene informacion relacionada con la salud mental, abuso de sustancias, o el VIH I SIDA, que estamos obligados por ley a obtener su consentimiento por escrito antes de revelar dicha informacion. Cualquier otro uso o divulgacion no mencionados en esta Notificacion se haran solo con su autorizacion por escrito, y usted puede revocar dicha autorizacion en cualquier momento. La revocacion debe ser por escrito, pero no se aplicara a declaraciones hechas en relacion con su autorizacion previa.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar sus archivos. Usted debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de la Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303, y incluya su nombre, fecha de nacimiento, la seguridad social el numero y la ubicacion donde se recibieron los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local. Podemos negar su solicitud y, en algunas circunstancias, puede solicitar una revision de la negacion.

Derecho a solicitar una enmienda de su PHI: Usted puede solicitar que corrijamos informacion que tenemos sobre usted, por el tiempo que mantengamos esa informacion. Usted debe presentar su solicitud por escrito al Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303, y incluya su nombre, fecha de nacimiento, la seguridad social numero, una razon que apoye su solicitud y la ubicacion en la que se recibieron los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local. Su solicitud puede ser denegada si: 1) la informacion no fue creada por nosotros, a menos que el creador de la informacion no esta disponible para hacer la enmienda solicitada, 2) la informacion nose mantiene por nosotros 3) la informacion no esta disponible para su inspeccion, o 4) la informacion sea exacta y completa.

Derecho a una Contabilidad de Revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de su informacion medica hechas por nosotros en los seis alios anteriores a la fecha en que se solicita la contabilidad. El informe no incluira las divulgaciones 1) a usted oa su representante personal 2) hechas de conformidad con su autorizaci6n por escrito 3) hechas para tratamiento, pago u operaciones comerciales 4) hechos a sus amigos y familiares involucrados en su cuidado o pago de su cuidado 5) que fueron incidentales a usos o divulgaciones permitidos de su informacion de salud 6) de porciones limitadas de su

informacion de salud que excluye identificadores 7) a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e inteligencia, y 8) a instituciones correccionales oa oficiales de la ley sobre reclusos. Para solicitar una contabilidad de divulgaciones, envie su solicitud por escrito al Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor, incluya su nombre, fecha de nacimiento, numero de seguro social, el periodo para el que se solicita la contabilidad, y ellugar donde se reciben los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local.

Derecho a solicitar restricciones: Usted puede solicitar que limitemos la manera en que usamos y divulgamos su informacion de salud para tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. Tambien puede solicitar que limitemos como divulgar su informacion medica a unfamiliar, pariente o amigo cercano que participan en su cuidado o pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero silo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que sea necesario un tratamiento de emergencia y se necesita la informacion para proporcionar el tratamiento de emergencia. Podemos terminar nuestro acuerdo a una restriccion una vez que le notificamos de la terminacion. Para solicitar una restriccion en el uso o divulgacion de su informacion de salud, por favor, envie su solicitud por escrito al Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor incluya su nombre, numero de seguro social y fecha de nacimiento, que informacion desea limitar, a los que desea aplicar la limitacion, y el lugar donde se reciben los servicios si usted recibio servicios en un departamento de salud del condado local.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted puede hacer solicitudes razonables para recibir comunicaciones de su informacion medica por medios alternatives o en lugares alternatives. Por ejemplo, puede solicitar ser contactado solo por correo y no por telefono. Para solicitar comunicaciones confidenciales, envie su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street, N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia, 30303. Por favor incluya su nombre, numero de seguro social, fecha de nacimiento, como le gustarfa ser contactado, y el departamento de salud del condado local, donde usted recibi6 los servicios.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificacion, que podra solicitar en cualquier memento. Usted puede obtener una copia en papel escribiendo a Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia 30303.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han side violados, puede enviar una queja por escrito a Privacy Officer, Office of the General Counsel, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street N.W., 15th Floor, Atlanta, Georgia 30303. Tambien puede presentar una queja ante Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. No habra represalias por presentar una queja.

PARA MAS INFORMACION

Para mas informacion puede comunicarse con el DPH Privacy Officer, Office of the General Counsel a (404) 657-2700.

HIPAA Spanish

Client Signature Date: 06/17/2015