



Los niños no deberían tener que faltar a la escuela. Usted no debería tener que faltar al trabajo.

- Los proveedores de atención médica pueden examinar, diagnosticar y dar tratamiento a su hijo mientras está en la escuela
- Los estudiantes son evaluados en la enfermería de la escuela
- Puede programar las citas por medio de la enfermera de la escuela
- Firme y devuelva los formularios de consentimiento adjuntos para inscribirse en el programa
- Medicaid cubre las visitas
- La cobertura de seguro privado varía y se aplican copagos y deducibles

En colaboración con

MUSHealth.org/telehealth

843-792-3227

SOUTH CAROLINA
Telehealth
ALLIANCE



Formularios de inscripción en el Programa de Salud en la Escuela

¡Nos emociona poder ofrecer el Programa de Salud en la Escuela, en la escuela de su hijo! Hay **tres lugares en los que debe firmar** para inscribir a su hijo en el programa:

Nombre del formulario	Propósito
Consentimiento paratratamiento	Su firma en este formulario permite a su hijo recibir atención médica en la escuela.
Autorización para divulgar información de salud protegida	Este formulario permite al equipo de atención médica trabajar con la escuela. Su firma en este formulario permite a los proveedores de atención médica, la enfermera de la escuela y al proveedor de atención médica principal de su hijo divulgar información médica sobre la salud de su hijo.
Consentimiento de divulgación de expedientes e información de educación	Este formulario permite a la escuela trabajar con el equipo de atención médica. Su firma en este formulario le permite a la escuela divulgar información médica, psicológica u otra información personal de su hijo al proveedor de atención médica.

Si tiene alguna pregunta adicional, comuníquese con la enfermera de la escuela o con Elana Wells, Gerente del Programa de Salud en la Escuela llamando al (843) 876-0240 o escribiendo a navon@musc.edu.

Si no desea participar en el programa, marque la casilla de abajo y devuelva esta hoja a la enfermera de la escuela.

No deseo participar en el programa de Salud en la Escuela.



BILLINSUR

Paciente de clínica de salud escolar
Formulario demográfico

School-Based Health Clinic Patient
Demographic Form

Nombre del paciente _____
MRN _____

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de creación del formulario: 11/13
Versión: 3

Fecha de la versión: 4/18

Grado: _____ Nombre del maestro: _____

Nombre del paciente _____
Apellido _____ Nombre de pila _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Idioma principal: Inglés Español Otro _____
del paciente

Sexo: Masculino Femenino Número de seguro social: _____

Raza: Negro Blanco Hispano Asiático Multiétnico Otro: _____

Profesional de atención primaria _____

Nombre del padre o tutor legal _____

Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento del padre o tutor legal _____

Número de seguro social del padre o tutor legal _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Escriba el nombre y la información de contacto de una persona (o personas) con la que podamos comunicarnos en caso de no poder comunicarnos con el padre o tutor legal.

Nombre y número de la persona a llamar en caso de emergencia _____

Relación con el paciente _____

Nombre y número del contacto de emergencia _____

Relación con el paciente _____

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE.

Incluya una copia del anverso y reverso de la tarjeta de seguro o de Medicaid.

1. Número de Medicaid _____
Plan de Medicaid: _____

2. Seguro médico privado:
Nombre _____
Nº de póliza _____

¿Quién (nombre) asegura al niño? Parentesco con el niño asegurado _____
Nombre del empleador: _____

3. No tiene seguro.



SCHOOLCONST
Consentimiento para recibir tratamiento en la clínica
de la escuela

Página 1 de 1

School-Based Clinic Consent for Treatment

Fecha de creación del formulario: 11/13

Versión: 6

Fecha de la versión: 4/18

Nombre del paciente _____

MRN _____

**ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN
DEL PACIENTE**

Nombre del estudiante: _____

Doy mi consentimiento para que mi niño, nombrado arriba, reciba atención médica del Programa de Salud en la Escuela. La atención médica será prestada de manera privada y no se divulgará información sin mi consentimiento. Autorizo a los médicos o a los profesionales de la salud designados a prestar el tratamiento necesario o aconsejable a mi niño y a facturar el servicio. Entiendo que residentes y estudiantes pueden participar, bajo supervisión, en la atención médica de mi niño. Entiendo que mi niño podría recibir atención médica de proveedores autorizados por el distrito escolar de mi niño.

Autorizo al poseedor de mi información médica o de otro tipo a divulgarla a cualquier tercero responsable para fines de pago, por ejemplo, la información necesaria para tomar decisiones sobre los reclamos de Medicare, Medicaid y otros terceros.

Reconozco que seré responsable de pagar cualquier costo no cubierto por mi plan de salud, incluidos los deducibles. Entiendo que este formulario de consentimiento es válido hasta que yo lo revoque.

Recibí una copia de un "Informe de las Normas de Confidencialidad" de proveedores autorizados por el distrito escolar de mi niño y/o una copia del "Informe de las Normas de Confidencialidad" de MUSC.

Firma del tutor/representante legal

Fecha

(o del estudiante mayor de 18 años de edad o que esté autorizado de otra manera por la ley)

Nombre del tutor/representante legal en letra de molde

(o del estudiante mayor de 18 años de edad o que esté autorizado de otra manera por la ley)



SCHOOLCONST
AUTORIZACION ESCOLAR PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD
PROTEGIDA
Página 1 de 1
SCHOOL-BASED AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH
INFORMATION

Nombre del paciente _____
MRN _____
ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL
PACIENTE

Fecha de creación del formulario: 11/13
Versión: 5

Fecha de la versión: 8/18

Nombre del paciente: _____

Toda la información de atención médica es privada. Al firmar este formulario, usted autoriza a la clínica de la escuela, a la enfermera de la escuela y al profesional de atención médica principal del estudiante para hablar sobre la salud y la información médica del estudiante y divulgarla a profesionales de atención médica contratados para brindar atención médica dentro del programa de salud en la escuela según sea necesario. Esta información se tratará de manera confidencial.

El propósito de la divulgación es: participación en los servicios de salud en la escuela

Los ejemplos de la información de salud protegida que se puede compartir incluyen, entre otros:

- historial médico (incluye el diagnóstico y el tratamiento médico),
- exámenes físicos,
- consultas,
- informes de laboratorio,
- y una lista de los medicamentos actuales

Entiendo que esta información puede incluir remisiones para atención psiquiátrica y psicológica, agresión sexual, drogadicción, resultados de pruebas de todas las enfermedades infecciosas, incluidas las de VIH/SIDA y abuso de alcohol.

Entiendo que esta información puede ser divulgada por correo, fax, correo electrónico, teléfono o mediante software seguro en internet.

Entiendo que tengo derecho a cancelar este permiso en cualquier momento. Entiendo que si cancelo este permiso, debo hacerlo por escrito y presentar mi cancelación escrita a la oficina del Programa de Salud en la Escuela. Entiendo que la cancelación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado con base en este permiso, según se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que este formulario de consentimiento es válido hasta que yo lo revoque.

Entiendo que la autorización de la divulgación de la información de salud protegida es voluntaria. Puedo negarme a firmar este formulario. No es necesario que firme este formulario para poder recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se divulgará, según se establece en 45 CFR §164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de que la persona u organización que reciba la información la divulgue sin autorización. Al solicitarla, entiendo que recibiré una copia de esta autorización. No es necesario que los padres den su consentimiento para la divulgación de la información de salud de los estudiantes mayores de 18 años de edad.

Firma del tutor/representante legal
(o del estudiante mayor de 18 años de edad o que esté autorizado de otra manera por la ley)

Fecha

Nombre del tutor/representante legal en letra de molde
(o del estudiante mayor de 18 años de edad o que esté autorizado de otra manera por la ley)

Relación con el paciente

Para comunicarse por escrito con la oficina de South Carolina Telehealth Alliance School-Based Program, la dirección es 169 Ashley Avenue MSC 332, Charleston, SC 29425; el número de teléfono es (843) 876-0240.

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES E INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

El _____ (el Distrito) debe obtener el consentimiento escrito antes de divulgar cualquier información de identificación personal contenida en un expediente de educación. Entiendo que el Distrito operará de acuerdo con las directrices de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA), los estatutos y reglamentos del estado y las políticas y los procedimientos del Distrito para garantizar la confidencialidad relacionada con la divulgación de la información de los estudiantes. No se divulgará ni se obtendrá ninguna información antes de contar con la aprobación de los padres, excepto lo establecido por ley.

Autorizo al Distrito para divulgar e intercambiar información médica, psicológica y otra información confidencial de identificación personal, según sea necesario, a los representantes del programa de Salud en la Escuela. Entiendo que el propósito de este consentimiento es remitir a mi hijo a los servicios relacionados con la salud y el tratamiento.

Consentimiento para divulgar información confidencial

Mi firma abajo indica que entiendo que mi consentimiento para la divulgación de la información de identificación personal contenida en los expedientes de educación de mi hijo es voluntario y puedo revocarlo en cualquier momento. Si más adelante revoco el consentimiento, la revocación no es retroactiva (es decir, no elimina nada que se haya realizado después de recibir el consentimiento, pero antes de su revocación). Entiendo que este formulario de consentimiento es válido hasta que yo lo revoque.

Mi firma abajo indica que entiendo que el receptor de estos expedientes debe obtener mi consentimiento por escrito antes de volver a divulgar la información del Distrito sobre mi hijo a cualquier tercero, por ejemplo, con el propósito de emitir una factura a Medicaid. Si proporciono mi consentimiento por escrito para que el proveedor de servicios divulgue la información de mi hijo a un tercero, es posible que la nueva divulgación de la información de mi hijo por el destinatario ya no esté protegida por los requisitos de la FERPA.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

Firma del padre/madre/tutor legal/padre sustituto

Fecha

Para comunicarse por escrito con la oficina de South Carolina Telehealth Alliance School-Based Program, la dirección es 169 Ashley Avenue MSC 332, Charleston, SC 29425; el número de teléfono es (843) 876-0240.

Preguntas frecuentes: preguntas frecuentes acerca del Programa de Telemedicina en la Escuela

¿Qué es el programa de telemedicina en la Escuela?

Su hijo tendrá la oportunidad de participar en una consulta de telemedicina en la escuela. El programa se usa para proporcionar atención médica a los niños en la escuela. Un profesional de enfermería o un médico de MUSC, o de la comunidad local, examina a su hijo con la ayuda de la enfermera de la escuela. Se usan computadoras y monitores para que los pacientes y los proveedores puedan verse, hablar con claridad y compartir información. A veces se utilizan equipos especiales, como estetoscopios electrónicos y una cámara para observar el interior del oído de su hijo.

¿Quién participará en la consulta de telemedicina?

Personas como la enfermera de la escuela estarán presentes para operar el equipo de video. Tomarán las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la información obtenida.

¿Cómo se utilizará la información recopilada en la consulta de telemedicina?

La información médica del expediente médico de su hijo se utilizará para realizar informes y evaluar el programa de telemedicina en la escuela, pero su hijo no será identificado con esta información. La sesión de video no queda grabada, pero podrían tomarse algunos elementos tales como fotografías. Estos materiales se conservarán como un expediente médico confidencial.

¿Hay alguna otra información que debo conocer?

Usted y su hijo tienen el derecho de solicitar al proveedor de atención médica que interrumpa la conferencia en cualquier momento. Además, algunas partes del examen pueden ser realizadas por la enfermera de la escuela, o asistente médico, con la guía del proveedor de atención médica que evalúa a su hijo.



INFORME DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

MUSC Organized Health Care Arrangement (OHCA)

Este informe describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a dicha información. Por favor léalo detenidamente.

Entendiendo su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

La Universidad Médica de Carolina del Sur y sus afiliados (que incluyen pero no se limitan a la Medical University Hospital Authority, MUSC Physicians, MUSC Physicians Primary Care, y MUSC Health Partners) participan en un entorno de atención médica clínicamente integrado. A consecuencia de esta integración clínica, estas organizaciones funcionan como Sistema Organizado de Atención de Salud (OHCA), según se definen en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Para fines de este Informe, se refiere a los participantes de este sistema organizado de Cuidado de Salud (MUSC OHCA) como "MUSC."

Recopilamos, recibimos, o divulgamos esta información acerca de su condición médica previa, actual y futura para brindarle atención médica, para efectuar cobros por esta atención médica, o para dirigir el hospital y/o las clínicas.

SITUACIONES EN QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

A. Los usos que se enumeran a continuación NO requieren su autorización previa, excepto cuando la requieran las leyes del Estado de Carolina del Sur.

- 1. Para fines de tratamiento.** Los proveedores de salud de Ud. pueden discutir su información médica confidencial para determinar el plan de tratamiento. Por ejemplo, los médicos, enfermeros, estudiantes de medicina y otro personal de atención médica pueden intercambiar su información médica para coordinar los servicios que usted pueda necesitar.
- 2. Para efectuar cobros.** Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de facturar el tratamiento y los servicios que usted recibe en el hospital y cobrarle a usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, podemos utilizar la información para presentar un reclamo a la aseguradora de su plan médico.
- 3. Para efectuar gestiones administrativas de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de desempeñar gestiones administrativas de atención médica en el hospital. Por ejemplo, podemos utilizar información médica con el fin de evaluar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño del personal que le brinda atención.
- 4. Para las actividades de salud pública.** Les proporcionamos a los oficiales de salud pública información acerca de nacimientos y fallecimientos, varias enfermedades infecciosas y, reacciones a medicamentos y problemas con productos médicos.
- 5. Las víctimas de abuso, negligencia y violencia doméstica.** Podremos divulgar información médica al Departamento de Servicios Sociales (DSS) del Estado de Carolina del Sur, de acuerdo a la ley, cuando se sospecha que haya ocurrido algún caso de abuso o negligencia.
- 6. Supervisión de servicios médicos.** Divulgaremos información médica para el uso de las organizaciones federales y estatales autorizadas que realicen auditorías, investigaciones civiles, administrativas o criminales, inspecciones, otorgamiento de licencias o gestos disciplinarios, según requiera la ley.
- 7. Procedimientos jurídicos y administrativos.** Podemos divulgar su información médica en respuesta a un auto de comparecencia u orden judicial.
- 8. Cumplimiento de la ley o actividades de seguro nacional.** Su información médica puede divulgarse si se requiere durante la realización de una investigación policial.
- 9. Divulgación de información acerca de personas fallecidas.** Divulgamos a los médicos forenses y directores de funerales la información necesaria que se relacione con el fallecimiento de una persona.
- 10. Para propósitos de la donación de órganos y tejidos.** De acuerdo con la ley, avisaremos a las organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos para el trasplante con el fin de ayudarles a facilitar la donación o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- 11. Para fines de la investigación.** Podemos utilizar su información médica para investigación si el Institutional Review Board (IRB) revisa, aprueba y establece medidas de control para garantizar la confidencialidad.
- 12. Para prevenir una amenaza a la salud o la seguridad.** Podemos divulgar información médica limitada al personal de cumplimiento de la ley u otras personas que puedan prevenir o reducir los daños posibles, para fines de evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público.
- 13. Compensación del Trabajador.** Podemos divulgar su información médica confidencial (PHI/Protected Health Information) para cumplir con las leyes de Compensación del Trabajador.
- 14. Mercadeo.** Podemos enviarle información acerca de los tratamientos más actualizados, grupos de apoyo y otros recursos que puedan resultar beneficiosos para su salud.
- 15. Actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar su información médica confidencial (PHI) para comunicarnos con usted para el fin de recaudar fondos para apoyar los servicios de atención médica y los programas educativos que le brindamos a la comunidad. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones para recaudación de fondos con cada solicitud de donativos que se le envíe.

16. Recordatorios de citas y otros beneficios y servicios relacionados con su salud. Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita.

B. Usted puede oponerse a los siguientes usos de su información médica protegida (PHI):

- 1. Directorios del hospital.** A menos que usted solicite lo contrario, podemos incluir su nombre, su ubicación en el hospital, su estado general y su religión en el directorio de pacientes para el uso de los miembros del clero y las personas que pregunten por usted con su nombre.
- 2. Divulgación de información médica a su familia, amigos u otros.** A menos que usted solicite lo contrario, podemos divulgar su información médica protegida (PHI) a un miembro de su familia, amigo u otra persona que usted ha indicado como participante en su atención médica y pago por la misma.
- 3. Plan médico.** Usted tiene el derecho de pedir que nosotros no divulguemos cierta información médica a su plan médico por servicios o artículos cubiertos, cuando usted efectúe el pago completo por dichos servicios o artículos.

C. Se necesita su autorización previa por escrito para divulgar su información médica protegida (PHI) en los casos siguientes:

Usted puede revocar su autorización enviando notificación escrita a la persona identificada a continuación. Si tenemos autorización escrita para divulgar su información médica, es posible que su información se revele antes de que recibamos la notificación de la revocación por escrito.

- 1.** Cualquier uso o divulgación de su información excepto el tratamiento, pago o gestiones administrativas no especificados en los apartados A y B arriba.
- 2.** Los apuntes de un profesional de psicoterapia.
- 3.** Cualquier circunstancia en la que intentemos vender su información.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Aunque su expediente clínico es la propiedad física de la Universidad de Medicina de Carolina del Sur (MUSC), la información contenida en su historial le pertenece a usted. Tiene los derechos siguientes con respecto a su información médica confidencial:

A. El derecho a solicitar limitaciones de los usos y la divulgación de su información médica protegida. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de la información médica confidencial que utilicemos o divulguemos. Evaluaremos su pedido, pero siempre no se requiere por ley que lo otorguemos. Si aprobamos su pedido, le comunicaremos las limitaciones por escrito y las respetaremos excepto en casos de urgencia. Debe comunicarnos su pedido por escrito y debe (1) especificar cuáles son los datos que quiere restringir; (2) indicar si quiere limitar el uso o la divulgación de los datos o los dos; (3) indicar a quiénes quiere usted que limitemos el acceso a la información, por ejemplo, la divulgación de datos a su esposo/esposa y, (4) especificar una fecha límite cuando se vencerán las limitaciones.

B. El derecho a decidir cómo nos comunicamos con usted acerca de su información médica protegida Tiene el derecho a pedir que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica confidencial de la manera que usted prefiera o que nos comuniquemos con usted únicamente a la dirección o lugar que usted nos indique (por ejemplo, su preferencia que le mandemos información médica a su lugar de empleo en lugar de su domicilio). Debe comunicarnos su pedido por escrito y debe explicarnos cómo y dónde prefiere que nos comuniquemos con usted. Accederemos a los pedidos razonables.

C. Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida (incluyendo una copia electrónica), la que se mantiene en un archivo designado y puede usarse para tomar decisiones acerca de la atención médica que recibe. Debe presentar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de esta información, podemos cobrar una cuota por el costo de las copias, envío u otros artículos relacionados con su solicitud. MUSC responderá una solicitud de acceso o proporcionará una copia dentro de 30 días de haber recibido la solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia de su información en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar la revisión de la negativa.

D. Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica. Puede que este informe no incluya los usos efectuados con fines de tratamiento, pago o gestiones administrativas relacionados con la atención médica; las divulgaciones de información a usted o su familia; o el uso de su información en los directorios del hospital, como se describen anteriormente en este documento. En esta lista tampoco pueden incluirse los usos ni divulgaciones autorizadas por usted por escrito o las divulgaciones realizadas más de seis años antes de a la fecha de su pedido .

E. Derecho de enmiendas. Si piensa que la información médica que tenemos en nuestro poder acerca de usted es incorrecta o incompleta, tiene el derecho a solicitarnos que enmendemos la información existente o que agreguemos los datos necesarios. Debe presentar la solicitud y el motivo de su pedido por escrito. Puede que neguemos su pedido por escrito si la información médica confidencial (PHI) es correcta y completa o si la información se expidió por otra entidad.

F. Derecho a obtener una copia de este Informe de Normas de Confidencialidad en forma impresa o electrónica. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia de este Informe en cualquier momento. Para pedir la solicitud para obtener una copia de este informe y los documentos para realizar otros pedidos mencionados anteriormente, comuníquese por escrito con la oficina de Health Information Services (Medical Records), Attention: Release of Information/ 169 Ashley Avenue / MSC 369/ Charleston, SC 29425. El teléfono es (843) 792-3881.

G. Derecho a revocar una autorización. Si en algún momento usted decide autorizar la divulgación de su información médica protegida, puede revocar la autorización por escrito más tarde. Esta revocación cancelará cualquier divulgación de su información en el futuro, excepto cuando las leyes lo permitan o lo requieran.

H. Derecho a ser informado en caso de una violación de la confidencialidad de su información médica. En caso de una violación de la confidencialidad de su información médica, le informaremos por escrito de la misma.

INTERCAMBIOS DE INFORMACION MÉDICA

MUSC, junto con otros proveedores de atención médica, pertenece a intercambios de información médica. Estos sistemas de información se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de pacientes. Como participante de estos intercambios, MUSC intercambia cierta información médica de los pacientes con otros proveedores de atención médica. Si usted necesitara tratamiento en otro local que participa en uno de estos intercambios, aquel proveedor de atención médica podría reunir información acerca de sus antecedentes médicos para ayudar a planificar su tratamiento. Usted tiene el derecho a prohibir que se reúna esta información. Si usted opta por no participar en estos intercambios, por favor contáctese con la MUSC Privacy Office (Oficina de Privacidad) al 792-4037.

PARA PRESENTAR QUEJAS ACERCA DE LAS NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Si usted piensa que se han transgredido sus derechos de confidencialidad o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado respecto a su acceso a su información médica confidencial, puede presentar una queja en la oficina indicada en el apartado siguiente de este Informe. **De ningún modo se le aplicará sanción alguna por presentar una queja. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica en un ambiente confidencial y privada.**

PARA PEDIR INFORMACIÓN ACERCA DE ESTE INFORME O PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si tiene preguntas acerca de este Informe o si quiere presentar una queja sobre nuestras prácticas de confidencialidad, por favor llame al Oficial de Confidencialidad (Privacy Officer) al (843) 792-4037, al Privacy Hotline al (800) 296-0269, o comuníquese por escrito: HIPAA Privacy Officer/169 Ashley Avenue / MSC 332/ Charleston, SC 29425. También puede presentar una queja ante el director del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Le proporcionaremos la dirección a petición suya.

CAMBIOS DEL INFORME

Nos reservamos el derecho de modificar los artículos de este Informe en cualquier momento. También nos reservamos el derecho de poner en vigencia el Informe enmendado o modificado para información médica que ya tenemos en nuestro poder así como para toda la información que recibamos en el futuro. En el Informe siempre se indicará la fecha de vigencia. Puede ver este Informe y cualquier revisión en: <http://academicdepartments.musc.edu/musc/about/compliance/privacy.html>

FECHA DE VIGENCIA PARA ESTE INFORME

Este Informe se puso en vigencia el día 14 de abril de 2003.

Fecha de revisión: Agosto de 2017