



SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS INFORMACIÓN DEL CLIENTE/FAMILIA

ESTADO DE ALABAMA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Sexo: _____ Raza principal: _____ Raza secundaria: _____

Idioma principal: _____ Idioma secundario: _____

Origen hispano: Sí No País de origen hispano: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Condado de residencia: _____ Teléfono residencial: (____) ____ - ____

Domicilio postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Si es estudiante, nombre de la escuela: _____

Está casado el cliente: Sí No Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Sí No

Ha solicitado

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

1. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial intermedia: Sufijo: _____

Relación con el cliente: _____ Correo electrónico: _____

Es la persona financieramente responsable por el cliente Sí No

Teléfono laboral: (____) ____ - ____ Teléfono celular: (____) ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección y teléfono del hogar iguales a los del cliente: Sí No En caso negativo, indíquelo a continuación:

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono residencial: (____) ____ - ____

2. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial intermedia: Sufijo: _____

Relación con el cliente: _____ Correo electrónico: _____

Es la persona financieramente responsable por el cliente Sí No

Teléfono laboral: (____) ____ - ____ Teléfono celular: (____) ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección y teléfono del hogar iguales a los del cliente: Sí No En caso negativo, indíquelo a continuación:

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono residencial: (____) ____ - ____

3. Vecino/familiar: _____ Vínculo: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

4. Vecino/familiar: _____ Vínculo: _____ Teléfono: (____) ____ - ____



SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

ESTADO DE ALABAMA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Diagnóstico de remisión: _____

Derivado por: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____

Problema que presenta: _____

Tratamiento anterior/antecedentes: _____

Medicación actual y dosis: _____

ANTECEDENTES RESPECTO DEL PARTO

Duración del embarazo: _____ Peso al nacer: _____

Complicaciones:

-durante el embarazo _____

-durante el trabajo de parto/alumbramiento _____

-después de nacer _____

Lugar del parto: _____

Tiempo en la sala de recién nacidos: _____

Mi niño tiene/ha tenido

sarampión

herpes

problemas de salud

problemas de aprendizaje

paperas

asma

Infecciones de oído

problemas para dormir

Varicela

CMV

problemas de audición

otros _____

fiebre escarlata

células falciformes

problemas de visión

diabetes

estudios genéticos

problemas de alimentación

Alergias

Ninguna conocida

Enumere las alergias (incluidos los medicamentos): _____

Antecedentes médicos familiares relevantes (familia materna y paterna, si se conocen)

Otros miembros de la familia conocidos por CRS: _____

La información detallada anteriormente es verdadera, a mi saber y entender. Entiendo que se me pedirá que presente información financiera y del seguro cada año que mi hijo reciba tratamiento a través del Servicio de Rehabilitación para Niños.

Fecha: _____ Firma: _____



SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS

ESTADO DE ALABAMA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sufijo: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PEDIATRA/MÉDICO DE CABECERA DEL CLIENTE*

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre de la clínica o consultorio: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ - _____ Teléfono de la oficina: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL CLIENTE*

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre de la clínica o consultorio: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ - _____ Teléfono de la oficina: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL CLIENTE*

Especialidad del proveedor: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre de la clínica o consultorio: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ - _____ Teléfono de la oficina: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL CLIENTE*

Especialidad del proveedor: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre de la clínica o consultorio: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ - _____ Teléfono de la oficina: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL CLIENTE*

Especialidad del proveedor: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre de la clínica o consultorio: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ - _____ Teléfono de la oficina: (____) _____ - _____

*Complete una Autorización de divulgación de información (página 7) para cada proveedor.



SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

ESTADO DE ALABAMA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

ASUNTO: _____ Condado: _____ Últimos 4 números del seguro social: _____
(Cliente)

I. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA:** Por la presente autorizo y doy mi consentimiento al personal del Servicio de Rehabilitación para Niños, tanto médico como paramédico, para llevar a cabo un examen físico completo, evaluación y/u observación del individuo anteriormente mencionado, y también para solicitar u obtener cualquier información médica y/o pruebas. Además, autorizo al personal del Servicio de Rehabilitación para Niños a proporcionar el tratamiento que considere indicado para el examen físico, la evaluación y/o la observación antes mencionado, el cual es consistente con el proporcionado por esta Agencia Estatal.

II. **RESOLUCIÓN DE LITIGIOS:** En relación con el hecho de que el Servicio de Rehabilitación para Niños examine y/o proporcione tratamiento médico u otro tratamiento y/o servicios al individuo anteriormente mencionado, por la presente acepto que el Servicio de Rehabilitación para Niños tenga derecho a la recuperación total y completa de todos y cada uno de los gastos y costos de los servicios proporcionados al individuo anteriormente mencionado con respecto a todas y cada una de las sumas de dinero recibidas por o en nombre del individuo anteriormente mencionado, derivadas de cualquier dictamen judicial, acuerdo o cualquier otra fuente, siendo las sumas de dinero recibidas como resultado de la lesión del individuo en cuestión. Por la presente, acepto que el Servicio de Rehabilitación para Niños tiene derecho a una recuperación completa, independientemente de que la persona anteriormente mencionada recupere el importe total de su pérdida a causa de su lesión. Por la presente, el Servicio de Rehabilitación para Niños y yo acordamos que lo anterior regirá los derechos de las partes en lo que respecta a la recuperación de dinero por parte de la persona anteriormente mencionada y al pago de los servicios prestados por el Servicio de Rehabilitación para Niños.

III. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:** Por la presente autorizo y solicito que todos los beneficios del seguro se paguen directamente al Servicio de Rehabilitación para Niños por los servicios y suministros proporcionados por este al individuo anteriormente mencionado. Eximo de toda responsabilidad a la compañía de seguros por los pagos efectuados por y al Servicio de Rehabilitación para Niños.

IV. **DERECHOS CIVILES:** He recibido una declaración escrita en la que se especifica la disposición del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Ley Pública 88-352) y mi derecho a apelar.

V. **FOTOCOPIA:** Acepto que la fotocopia de este documento se considere con la misma validez y vigencia que el original.

VI. **CONFIDENCIALIDAD:** Entiendo que estoy firmando una autorización que permite la divulgación de información.

VII. **PRIVACIDAD:** He recibido una declaración escrita que especifica el Aviso de Prácticas de Privacidad del ADRS. El Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información sobre mi salud, cómo puedo tener acceso a la misma y cómo esta se puede compartir conmigo.

Certifico que entiendo las declaraciones anteriores y, al firmar, otorgo mi consentimiento a lo anterior. También entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que, y a menos que, el CRS sea notificado en contrario por escrito.

Fecha

Firma del cliente/padre/tutor



SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS

ESTADO DE ALABAMA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA Y DE PRESENCIA LEGAL DE UN EXTRANJERO A EFECTOS DE OBTENER PRESTACIONES PÚBLICAS

El Título IV de la Ley federal de Responsabilidad Personal y Reconciliación de Oportunidades de Trabajo de 1996, 8 U.S.C. § 1621, establece que, con ciertas excepciones, solo los ciudadanos de Estados Unidos, los nacionales de Estados Unidos no ciudadanos, los «extranjeros cualificados» no exentos (y a veces solo determinadas categorías de extranjeros cualificados), los no inmigrantes y determinados extranjeros en libertad condicional en Estados Unidos tienen derecho a recibir prestaciones públicas estatales o locales.

Con ciertas excepciones, la Ley 2011-535 de Alabama prohíbe a los extranjeros presentes ilegalmente en EE. UU. recibir prestaciones estatales o locales. Todo ciudadano estadounidense que solicite una prestación pública estatal o local debe firmar una declaración de ciudadanía, y la presencia legal de un extranjero en EE. UU. debe ser verificada por el Gobierno Federal.

Instrucciones: Todos los solicitantes deben llenar y presentar este formulario. Solicitante se refiere al niño o joven que solicita recibir servicios.

SECCIÓN I --- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sufijo: _____
Dirección actual: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Condado de residencia: _____

SECCIÓN II --- DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA

Es usted ciudadano o nacional de Estados Unidos? (Marque una opción) Sí No

Si la respuesta es «No», pase a la Sección III. Si la respuesta es «Sí», prosiga con la firma/fecha.

SECCIÓN III --- DECLARACIÓN DE PRESENCIA LEGAL

Complete esta sección únicamente si ha respondido «No» a la pregunta de la Sección II.

¿Es usted un extranjero legalmente presente en Estados Unidos? (Marque una opción) Sí No

SECCIÓN IV --- DECLARACIÓN

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del Estado de Alabama que las respuestas que he proporcionado y la información que he facilitado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/SOLICITANTE

FECHA



SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DEL CLIENTE

ESTADO DE ALABAMA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sufijo: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Número de Medicaid: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Proveedor de EPSDT: _____

Nombre tal como aparece en la tarjeta Medicaid: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Cambio de seguro de salud en los últimos 12 meses: Sí No

Nombre de la compañía de seguro: _____ Código: _____

Número de contrato de la póliza: _____ Número de grupo de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

¿Beneficios de farmacia? Sí No Marcar si: Punto de venta o Copago de medicamentos ¿Cobertura odontológica?
 Sí No

Número de seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Relación del asegurado con el cliente: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial intermedia: ____ Sufijo: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Empleador del titular de la póliza: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ - _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

SEGURO DE SALUD SECUNDARIO

Cambio de seguro de salud en los últimos 12 meses: Sí No

Nombre de la compañía de seguro: _____ Código: _____

Número de contrato de la póliza: _____ Número de grupo de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

¿Beneficios de farmacia? Sí No Marcar si: Punto de venta o Copago de medicamentos ¿Cobertura odontológica?
 Sí No

Número de seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Relación del asegurado con el cliente: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial intermedia: ____ Sufijo: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Empleador del titular de la póliza: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ - _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA

Cantidad de personas que viven en el hogar: _____

Ingresos anuales imponibles de la unidad familiar declarados en la(s) última(s) declaración(es) de la renta: _____

NOTA: La renta anual imponible de la unidad familiar debe incluir los salarios de todas las personas del hogar que mantengan al niño. Las prestaciones de jubilación, supervivencia e invalidez pueden declararse en lugar de los salarios.

La información detallada anteriormente es verdadera, a mi saber y entender. Entiendo que se me pedirá que presente información financiera y del seguro cada año que mi hijo reciba tratamiento a través del Servicio de Rehabilitación para Niños.

Fecha: _____ Firma: _____



SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS

Autorización para el uso, revelación y/o divulgación de información

ESTADO DE ALABAMA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Nombre del niño/cliente: _____

Dirección del niño/cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy mi permiso para obtener y divulgar la siguiente información de salud protegida sobre mi menor hijo y/o familia. Asimismo, con el fin de realizar el tratamiento, seguimiento médico y/o coordinación de la atención, doy mi permiso para obtener y divulgar la comunicación entre las personas indicadas a continuación. Puedo revocar el presente permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito al **Servicio de Rehabilitación para Niños**.

Entiendo que la revocación no es efectiva si las partes nombradas a continuación ya han recurrido a la autorización para el uso/revelación de la información.

Entiendo que la presente información puede incluir material sensible a nivel médico y autorizo su divulgación para los fines indicados.

Entiendo que la información utilizada o revelada en virtud de la presente autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario, y es posible que ya no esté protegida por la legislación federal o estatal. **El Servicio de Rehabilitación para Niños (Children's Rehabilitation Service, CRS) no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a prestaciones (en caso corresponda) en función de mi decisión con respecto a la autorización para el uso o revelación solicitada.**

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax _____

Teléfono: _____ Fax _____

La siguiente información escrita, verbal y de audio/vídeo puede ser:

- Obtenida
- Divulgada

Para las fechas de servicio: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Actas de nacimiento | <input type="checkbox"/> Pruebas/informes psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Pruebas/informes sobre el desarrollo | <input type="checkbox"/> Informe de antecedentes sociales y de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes del personal (IFSP/IEP) |
| <input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción | <input type="checkbox"/> Informes de terapia/pruebas |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica | <input type="checkbox"/> Informes visuales |
| <input type="checkbox"/> Informes de audición | <input type="checkbox"/> Radiografías/análisis de laboratorios |
| <input type="checkbox"/> Informes de evolución | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

La presente información se utilizará para determinar la elegibilidad y los servicios dentro del Servicio de Rehabilitación para Niños.

La información mencionada anteriormente no se divulgará a ninguna otra persona u organismo, salvo el indicado.

Las fotocopias del presente formulario de divulgación de información se considerarán originales.

Entiendo que tengo derecho de negarme a firmar la presente Divulgación de Información.

El presente formulario de divulgación de información firmado es efectivo desde la fecha de la firma hasta que sea revocado por escrito por la persona o personas autorizadas.

Nombre del padre, madre o tutor (Escriba con letra imprenta): _____

Firma del padre, madre, tutor o cliente: _____ Vínculo: _____ Fecha de la firma: _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CON CUIDADO.

NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Este aviso se aplica a toda la información de salud personal sobre usted creada y mantenida por el Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama (ADRS). Entendemos que la información médica sobre su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal (PHI). Creamos y mantenemos un registro de los servicios proporcionados a usted por el departamento y los servicios proporcionados a usted por otros en nombre del departamento. Este registro tiene como objetivo proporcionarle servicios de calidad. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar información de salud sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de información de salud. Si las prácticas de privacidad de ADRS cambian, se publicará un nuevo aviso de privacidad en el sitio web de ADRS y en todas las oficinas de ADRS.

USO, COMPARTIR Y PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

El personal de ADRS solo utilizará su información de salud personal en el desempeño de sus funciones. Cuando se comparte información de salud con otras agencias u organizaciones, ADRS exige a las otras agencias y organizaciones que protejan su información de salud. Los propósitos del uso y la compartición de información de salud son los siguientes:

Operación del Programa de ADRS para:

Elegibilidad- Algunos programas de ADRS requieren información de salud para determinar la elegibilidad para el programa.

Tratamiento- ADRS utilizará y compartirá su información de salud para aprobar el tratamiento y determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los profesionales de ADRS pueden revisar su plan de tratamiento con su proveedor de atención médica para determinar la necesidad médica.

Pago- ADRS puede utilizar y compartir su información de salud para solicitar el reembolso a Medicaid y las compañías de seguros. Por ejemplo, ADRS puede facturar a Medicaid por los servicios prestados en el Servicio de Rehabilitación Infantil, la Exención Medicaid SAIL o los Programas de Intervención Temprana.

Otros usos, compartición de información de salud o divulgaciones de información de salud requeridas o permitidas por la ley:

Fines Informativos-ADRS puede enviarle por correo, mensaje de texto o correo electrónico información útil, como folletos relacionados con diversos programas administrados por ADRS y/o recordatorios de citas.

Otras agencias gubernamentales u organizaciones que brindan beneficios, servicios o ayuda en caso de desastres- ADRS puede compartir información con otras agencias gubernamentales u organizaciones que brindan beneficios o servicios cuando la información es necesaria para que usted reciba esos beneficios o servicios. La información también puede compartirse entre divisiones dentro de ADRS (Intervención Temprana, Servicio de Rehabilitación Infantil, Rehabilitación Vocacional, Vida Independiente del Estado de Alabama) para determinar su elegibilidad para otros beneficios o servicios proporcionados por el departamento.

Salud Pública- ADRS puede divulgar información de salud a las agencias apropiadas para actividades de salud pública, como el control y la prevención de enfermedades, problemas con productos o medicamentos médicos y víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo requiera la ley.

Actividades de supervisión de salud- ADRS puede divulgar información de salud específica a las agencias de supervisión de salud autorizadas responsables del programa Medicaid, la Oficina de Salud Materna e Infantil, el Departamento de Salud y Servicios Humanos y la Oficina de Derechos Civiles.

Audiencias judiciales y administrativas- ADRS puede divulgar información de salud específica en procedimientos judiciales y administrativos según lo requiera la ley.

Fines de aplicación de la ley- ADRS puede divulgar información de salud específica con fines de aplicación de la ley según lo requiera la ley.

Médicos forenses y examinadores médicos- ADRS puede divulgar información de salud específica a médicos forenses y examinadores médicos para llevar a cabo sus funciones, según lo requiera la ley.

Donación de órganos y registros de enfermedades- ADRS puede divulgar información de salud específica a entidades autorizadas involucradas cuando usted haya consentido en la donación y el trasplante de órganos, registros de enfermedades transmisibles y registros de cáncer.

Fines de investigación- ADRS puede divulgar información de salud específica a entidades autorizadas para llevar a cabo un proyecto de investigación. Cuando la información se divulga con fines de investigación, no se revelarán datos que lo identifiquen.

Para evitar una amenaza grave para la salud, la seguridad o una situación de emergencia- ADRS puede divulgar información de salud específica para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales especializadas- ADRS puede divulgar información de salud para la seguridad nacional e inteligencia y para la protección del Presidente y otros, según lo requiera la ley. Además, ADRS puede divulgar información de salud a las autoridades militares apropiadas si usted es o ha sido miembro de las fuerzas armadas.

Instituciones correccionales- ADRS puede divulgar información de salud a instituciones correccionales u oficiales de aplicación de la ley para mantener la salud, la seguridad y la seguridad del sistema correccional.

Compensación Laboral- ADRS puede divulgar información de salud a programas de compensación laboral que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.

SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD

Su información de salud no se compartirá sin su autorización, excepto como se describe en este aviso o según lo requiera la ley. Puede autorizar otras divulgaciones completando un Formulario de Autorización de ADRS, y puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. ADRS tiene procedimientos para ayudarlo con sus derechos sobre su información de salud y puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento a su consejero, administrador de casos, coordinador de atención o coordinador de servicios. Una copia electrónica de este aviso está disponible en el sitio web de ADRS, <http://www.rehab.alabama.gov>.

Usted tiene el derecho de:

Solicitar una restricción- Puede solicitar por escrito que ADRS limite el uso o la divulgación de su información de salud, excepto para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. ADRS no está obligado por ley a aceptar su solicitud.

Solicitar comunicaciones confidenciales- Puede solicitar por escrito que ADRS se comunique con usted de una manera diferente o a una ubicación diferente. Por ejemplo, una dirección de envío diferente o llamarlo a un número de teléfono diferente.

Inspeccionar y copiar- Puede, previa solicitud por escrito y durante las horas normales de trabajo, revisar todos los registros mantenidos por ADRS relacionados con la concesión, denegación o prestación de servicios. Un miembro del personal del Departamento estará presente durante cualquier revisión. ADRS pondrá a disposición toda la información en el expediente del caso, excepto: (a) cuando ADRS considere que la información médica, psicológica u otra información pueda ser perjudicial para la persona, la información se proporcionará al representante autorizado del cliente, un médico o un psicólogo con licencia o certificado; y (b) la información obtenida de otra organización o agencia solo se puede divulgar en las condiciones establecidas por la agencia, organización o proveedor externo.

Puede solicitar una copia de su expediente. ADRS puede cobrar una tarifa razonable por las copias de los registros reproducidos, pero que no exceda de \$0.50 por página. Las agencias estatales y federales, otros proveedores de atención médica y las familias (solo la primera copia) están exentos de este cargo.

Modificar- Puede solicitar por escrito, junto con la razón, cambiar o agregar información a su expediente de salud. Sin embargo, la documentación original mantenida por ADRS no se puede borrar. ADRS no está obligado por ley a aceptar su solicitud.

Registro de divulgaciones- Puede solicitar un registro de divulgaciones de su información de salud, excepto para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y divulgaciones requeridas por la ley para fines de seguridad nacional o aplicación de la ley.

Para obtener más información o para informar un incidente en el que sienta que su privacidad ha sido comprometida por un miembro del personal de ADRS, puede ponerse en contacto con las personas mencionadas a continuación o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Ave. S.W., Washington, D.C. 20201. No se tomarán represalias contra ninguna persona que presente una queja.

Enviar quejas a: Complianceofficer@rehab.alabama.gov

O también puede enviar una queja por correo a:

El Comisionado
Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama
602 S. Lawrence Street
Montgomery, Alabama 36104

Declaración de cumplimiento: derecho de reclamación

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE
REHABILITACIÓN DE ALABAMA**

Jane Elizabeth Burdeshaw, Commissioner

**602 South Lawrence St. Post
Office Box 4280
Montgomery, Alabama 36103-4280**

A personas que reciben servicios o solicitantes de servicios del
Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama.

CUMPLIMIENTO DE LEYES DE DERECHOS CIVILES:

El TÍTULO VI de la Ley de Derechos Civiles, el Título IX de las Enmiendas a la Educación y el Título V de la Ley de Rehabilitación establecen que ninguna persona en los Estados Unidos será excluida de la educación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad. participar, negarse los beneficios o estar sujeto a discriminación en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.

Estas leyes establecen además que todos los individuos, agencias, instituciones y subdivisiones políticas que brindan servicios a personas con discapacidades bajo el programa cumplan con las disposiciones de las leyes. ADRS ha preparado una declaración de cumplimiento según lo exigen las leyes y reglamentos.

Si una persona tiene conocimiento de que la agencia está funcionando de otra manera, se puede presentar una queja escrita y firmada que describa la naturaleza de la supuesta discriminación y el momento, el lugar y otros hechos pertinentes ante el Comisionado de ADRS, 602 South Lawrence St., PO Box. 4280, Montgomery, Alabama 36103 o con la Oficina de Derechos Civiles, 101 Marietta Towers, Atlanta, Georgia 30323.



DERECHOS DEL CLIENTE DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN INFANTIL Y DE SU FAMILIA

El Servicio de Rehabilitación Infantil (SRI) del Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama sigue procedimientos ya establecidos para proteger los derechos de acceso a los servicios del cliente y su familia. La siguiente es una explicación de dichos derechos y de los procedimientos correspondientes disponibles para asegurar que los clientes/familias entiendan sus derechos conforme a la ley. Si le interesa recibir más información sobre cualquier otro derecho, comuníquese con:

(información de contacto de la oficina de distrito local)

o con el Servicio de Rehabilitación Infantil, CP. 4280, Montgomery, Alabama 36103 – 4280 [dirección: 602 South Lawrence Street, Montgomery, Alabama 36104] Teléfono (334) 293-7500 o 800-846-3697

1. Los clientes y sus familias tienen derecho a recibir una notificación por escrito acerca de los servicios que el SRI les proveerá y una notificación por escrito cuando estos servicios o la elegibilidad para los mismos sean denegados. Esto se conoce como “Notificación de acción”.
2. Los solicitantes/clientes y sus familias pueden pedir una Revisión administrativa informal (opcional) para solucionar un reclamo. La Revisión administrativa informal debe solicitarse por escrito, debe estar dirigida al Supervisor de distrito del SRI correspondiente y debe enviarse dentro de los diez (10) días hábiles luego de recibir la Notificación de acción. Dentro de los diez (10) días luego de solicitar la Revisión administrativa informal, se le notificará por correo la hora y el lugar donde se realizará la misma. Luego de la revisión, recibirá por escrito la decisión tomada por el equipo dentro de los (15) días de concluida la revisión.
3. Los solicitantes/clientes y sus familias tienen derecho a solicitar una Audiencia Formal en caso de no quedar satisfechos con la decisión tomada por el Equipo de Revisión administrativa informal o si deciden no pedir una Revisión administrativa informal en primer lugar. La solicitud de una Audiencia Formal debe especificar la/s razón/es por las cuales se pide la audiencia, también debe especificar qué es lo que se pide, y debe ser recibida por el Comisionado del Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama dentro de los catorce (14) días hábiles a partir de la fecha de la Notificación de Acción o dentro de los catorce (14) días hábiles tras recibir una decisión administrativa informal, en caso de que ésta se haya solicitado.
4. Mientras la Revisión administrativa o audiencia informal, la Audiencia Formal u otro procedimiento judicial están en curso, los clientes/familias tienen derecho a continuar recibiendo los servicios sin reducción o suspensión de los mismos.
5. Toda la información de los solicitantes y clientes que obtiene el SRI permanece propiedad del SRI. Esta información sólo se utiliza y se divulga por razones relacionadas directamente con la administración de los programas del Servicio de Rehabilitación Infantil. Los clientes/solicitantes/padres, madres o tutores pueden revisar todos los registros de los solicitantes/clientes relacionados con la provisión o rechazo de los servicios con los que cuenta el Departamento,

mediante una notificación razonable por escrito y en un horario razonable durante el horario normal de trabajo.

6. La divulgación de la información se realiza con el consentimiento expresado por escrito del solicitante/cliente o de su representante autorizado. Sin embargo, el Departamento puede revelar información referida a un solicitante o cliente a sus empleados, agentes y proveedores que necesiten tener acceso a esa información sin contar con tal consentimiento. A excepción de lo autorizado anteriormente, los empleados del Departamento no divulgarán el contenido de cualquier registro a ninguna persona, ni tampoco atestiguarán en la corte o en una audiencia, ni divulgarán registros sin el consentimiento de la persona afectada, a menos que reciban la correspondiente citación judicial o proceso y que un juez, un oficial de audiencia u otra autoridad legal les ordene hacerlo.
7. Los solicitantes/clientes o su representante autorizado pueden pedir una copia de su registro sin cargo (sólo la primera copia).
8. Los solicitantes/clientes o su tutor legal deben expresar su consentimiento por escrito antes de que se realice la evaluación o que se provean los servicios. El otorgamiento del consentimiento es estrictamente voluntario y puede ser revocado por el solicitante/cliente o tutor legal en cualquier momento.

Mi firma certifica que esta información me fue explicada de una manera que pude entender. También he recibido una copia de estos derechos.

Firma del cliente/Padre o madre/tutor

Fecha