

## Formulario de Selección y Consentimiento para la vacuna de Covid Pfizer BioNTech

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mujer  Hombre  Otro  
Origen Étnico:  Hispano o latino  No Hispano o latino  
Raza:  Indio Americano/  Asiático  Negro o Afroamericano  Blanco  Nativo Hawaiano o  
 Otro  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono : \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Doctor/Proveedor de atención

Primario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono : \_\_\_\_\_

Quiero recibir la vacuna de:  Sí  No

1. Esta enfermo/a hoy??  
 Sí  No  No lo sé
2. Tiene alergia o reacciones a algún medicamento, alimentos, vacunas o látex?  
 Sí  No  No lo sé

Si es así, por favor explique:

\_\_\_\_\_

3. Ha tenido una reacción alérgica grave después de recibir alguna vacuna?  
 Sí  No  No lo sé

Si es así, por favor explique:

\_\_\_\_\_

4. ¿Tiene alguna condición de salud grave, como enfermedades cardíacas, diabetes o asma?  
 Sí  No  No lo sé

Si es así, por favor explique:

\_\_\_\_\_

5. Tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del Sistema inmunitario?  
 Sí  No  No lo sé

Si es así, por favor explique:

\_\_\_\_\_

6. ¿Usted toma cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha tenido algún tratamiento de rayos X?

Sí  No  No lo sé

Si es así, por favor explique:

---

7. Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo para el que ahora esta tomando medicamentos para las convulsiones?

Sí  No  No lo sé

Si es así, por favor explique:

---

8. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?

Sí  No  No lo sé

Si es así, por favor explique:

---

9. Si es mujer: esta embarazada o existe la posibilidad en el próximo mes?

Sí  No  No lo sé

### **CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19 PFIZER BIONTECH**

Yo verifico que se me ha proporcionado y he leído la hoja de información y autorización de la administración de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech para el receptor y/o cuidadores de la persona receptora de la vacuna Covid-19 PfizerBioNTech

Se me ha proporcionado y he revisado la hoja de datos de autorización de uso de emergencia de Pfizer-BioNTech para receptores y/o cuidadores de la vacuna Covid-19 PfizerBioNTech, este formulario de detección y consentimiento, y cualquier información adicional que se me haya proporcionado sobre la vacuna Covid-19. Verifico que las respuestas proporcionadas anteriormente son precisas.

Yo reconozco que he tenido la oportunidad de hacerle preguntas a un profesional médico sobre la vacuna. Entiendo que la vacuna se administra en dos dosis separadas, con tres semanas de diferencia y que es importante regresar y recibir mi segunda dosis para obtener la máxima eficacia.

Yo entiendo los posibles riesgos y beneficios de recibir la vacuna Pfizer BioNTech y, como tal, solicito y doy mi consentimiento para la administración de la vacuna.

Yo entiendo que se recomienda que permanezca en el sitio durante al menos 15 minutos después de recibir la vacuna y acepto permanecer en el lugar para el seguimiento después de recibir la vacuna.

Yo Entiendo que si experimento alguna reacción adversa, será mi responsabilidad hacer un seguimiento con mi proveedor de atención médica. En caso de una emergencia médica, llamaré al 911 o iré al departamento de emergencias más cercano.

Entiendo que Saint Anthony Hospital (SAH) puede revelar mi información de salud como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Saint Anthony Hospital, o según sea necesario para reportar para propósitos de Salud Pública. Autorizo a SAH a ponerse en contacto conmigo para cualquier propósito por cualquier medio que haya proporcionado. Reconozco que estas comunicaciones o mensajes pueden contener información médica protegida. Doy mi consentimiento para recibir correos, mensajes de texto, llamadas a mi teléfono celular si se proporcionan, y/o comunicaciones utilizando tecnologías asistidas por computadora de SAH. Puedo revocar el consentimiento a estos métodos opcionales de comunicación en cualquier momento como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad de SAH.

En mi nombre, mis herederos y representantes personales, por la presente libero y mantengo ninguna responsabilidad a Saint Anthony Hospital y a su personal, agentes, afiliados, funcionarios, directores y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o la vacuna.

Certifico que soy a) el receptor de la vacuna, b) la madre/padre/el tutor legal del receptor de la vacuna, o c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del receptor mencionado en este documento.

De acuerdo con lo anterior y en reconocimiento de los riesgos y beneficios, doy mi consentimiento al Hospital Saint Anthony para administrar y para que yo / el receptor reciba la vacuna Pfizer BioNtech Covid-19.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Nombre en letra:** \_\_\_\_\_

**Administrado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Deltoid:** (R) or (L)      **Manufacturer:** Pfizer BioNtech      **Lot #** \_\_\_\_\_

**Exp. Date:** \_\_\_\_\_



# Saint Anthony Hospital

2875 W. 19<sup>th</sup> Street  
Chicago, IL 60623  
773-484-1000

## Saint Anthony Hospital Notificación sobre Normas de Privacidad

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y SER COMPARTIDA/DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE**

Cada vez que usted visita un hospital, doctor o cualquier otro proveedor de cuidado médico, se hace una relación detallada de su visita. Tipicamente esta relación contiene sus síntomas, resultados del examen y de cualquier prueba que se haya ordenado, del diagnóstico, tratamiento, un plan de tratamiento o cuidado futuro e información que se necesita para facturar. Esta Notificación sobre Normas de Privacidad ("Notificación") se aplica a todas las relaciones del cuidado médico creadas por Saint Anthony Hospital, hayan sido hechas por personal de SAINT ANTHONY HOSPITAL, agentes del hospital o su médico de cabecera. Su médico puede tener diferentes normas sobre notificación o uso y divulgación de la información médica creada en su oficina o clínica.

### NUESTRA PROMESA

Saint Anthony Hospital se toma muy en serio la privacidad de su información médica. Sabemos que esa información acerca de usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger esta información.

### NUESTRA RESPONSABILIDAD

- Por ley tenemos que mantener su información médica privada y darle una copia de nuestras normas de privacidad con respecto a esta información.
- Por ley, tenemos que seguir los términos de la notificación sobre normas de privacidad en efecto.
- Estamos obligados a notificarle después de una infracción de su información de salud que no se mantenga segura.

Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertas por esta notificación, o sobre las leyes que se aplican a nosotros, se efectúan solo con autorización suya por escrito. Si usted nos da su permiso para usar o revelar la información médica suya, usted puede retirar esa autorización en cualquier momento tanto en cuanto sea por escrito.

Si usted retira la autorización, no podremos usar o divulgar la información médica suya por las razones cubiertas en su autorización por escrito.

### NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE NORMAS DE PRIVACIDAD

SAINT ANTHONY HOSPITAL y sus empleados, y su personal médico participan en conjunto en un Arreglo Médico Organizado y le presentamos a usted este documento conjuntamente. Los participantes Arreglo Médico Organizado incluyen a:

- El Saint Anthony Hospital;
- Todas las oficinas del Saint Anthony Hospital;
- Todas las oficinas de cuidado primario del Saint Anthony Hospital;
- Todas las otras localidades donde se provee atención médica;
- Todos los médicos que no son empleados, los estudiantes de medicina y todos los otros proveedores de atención médica que le proveen cuidado médico en cualquiera de las localidades nombradas anteriormente;
- Todos los departamentos y unidades del Saint Anthony Hospital;
- Cualquier voluntario a quien le permitimos ayudarlo mientras usted esté en hospital recibiendo atención médica en cualquier localidad del Saint Anthony Hospital; y
- Todos los departamentos donde trabajan grupos médicos bajo contrato (por ejemplo: anestesiología, sala de emergencias, patología y radiología).

La información será compartida entre estos participantes en la medida que sea necesario para llevar a cabo los funciones de tratamiento, cuidado y cuidado médico. Los médicos y otras personas que proveen cuidado pueden tener acceso a esta información médica en sus oficinas para ayudarles a revisar el historial médico del paciente y otros tratamientos anteriores que puedan afectar el tratamiento actual.

### COMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación incluimos ejemplos de como podríamos usar y divulgar información médica. Para cada categoría explicamos lo que entendemos por ello con ejemplos. No se incluirá todo posible uso o tipo de divulgación. Sin embargo, todas las formas en las

También podemos usar o divulgar su información médica para manejar o coordinar su tratamiento, cuidado u otros servicios relacionados. Por ejemplo, podemos darle a su médico de cabecera u otro proveedor médico, copias de las diversas relaciones o record que tenemos que puedan ayudarlo a tratarlo a usted una vez que haya sido dado de alta del hospital.

Para Pagos, Podremos usar y divulgar su información médica para facturar y colectar los pagos del caso, sea de usted, su compañía de seguros u otro tercer pagador, incluyendo a una agencia de cobros. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle a su compañía de seguros información acerca de su condición para que nos pague o nos reembolse los gastos del tratamiento. Podremos también decirle a su plan de salud acerca del tratamiento para determinar si su plan lo pagara.

Para Operaciones de Atención Médica. Podremos usar y divulgar la información médica para poder operar el hospital. Esto es importante para asegurarnos que los pacientes reciben atención médica de calidad. Por ejemplo, los miembros del personal médico y/o el equipo de mejoramiento de calidad pudieran utilizar su información para medir cuán bien el personal le ha atendido. Podremos combinar la información médica acerca de varios pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos. Podremos compartir la información con médicos, enfermeros y estudiantes para que puedan aprender a atender a personas como usted. También podremos combinar la información que tenemos con la de otros hospitales para ver cómo estamos operando y en qué podemos mejorar. Podremos eliminar información que le identifique para proteger su privacidad. También podremos divulgar información sobre su salud a varias agencias gubernamentales o que acreditan instituciones médicas para mantener nuestra licencia.

Por Requisitos Legales, Divulgaremos información sobre su salud cuando sea requerida por las leyes federales, estatales o locales. Podremos divulgar su información médica en la medida que esté autorizado y en la medida que sea necesario para cumplir con las leyes de compensación laboral u otras leyes relacionadas a programas similares.

Para la Seguridad y la Salud Pública. Podríamos divulgar su información médica por consideraciones de salud pública o cuando haya un peligro inminente a su salud o a la seguridad o salud de otros. Puede haber otros ejemplos, pero las actividades de salud pública incluyen generalmente lo siguiente:

- Prevención o control de enfermedades, heridas o discapacidad;
- Informe sobre nacimientos y muertes;
- Informes sobre equipos médicos defectuosos o problemas con medicamentos;
- Notificación a personas acerca de retiradas de productos que estén usando
- Notificación a personas que pudieran haber estado expuestas a alguna enfermedad o pueden estar en peligro de contraer o diseminar alguna enfermedad o condición.
- Notificación a la autoridad gubernamental del caso si consideramos que un individuo ha sido víctima de abuso o abandono, o de abuso doméstico. Solo divulgaremos la información si usted está de acuerdo o cuando se requiere por ley o esté autorizado por la ley y
- Actividades de supervisión de la salud autorizadas por la ley. Estas actividades pudieran incluir una intervención de cuentas, inspecciones y licencia para supervisar el sistema médico, los programas de beneficio gubernamentales y el cumplimiento de los requisitos de las leyes de derechos civiles.

Propósitos Judiciales o Administrativos. Podremos divulgar su información médica como respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos divulgar su información médica como respuesta a una citación judicial o a una petición de información, o a otro procedimiento legal iniciado por otra persona que esté envuelta en una disputa.

Cumplimiento de la Ley. Podremos divulgar información médica si se nos

cuales se nos permite usar y divulgar la información o están bajo una de las categorías.

A Usted, Debemos darle a usted su información médica, tal como se describe en la sección "Sus Derechos Acerca de su Información Médica" de esta notificación.

**Para Tratamiento.** Podemos usar su información médica para darle tratamiento, atención médica u otros servicios relacionados. Podríamos compartir esta información con los doctores, enfermeros, asistentes, técnicos, estudiantes y otro personal que está envuelto en su cuidado. Por ejemplo, nuestros médicos, enfermeros y otro personal médico, incluyendo al personal que está siendo entrenado o que está envuelto en su cuidado, puede usar y divulgar su información médica para diagnosticar su condición y evaluar sus necesidades. Diferentes departamentos del hospital también podrán compartir su información médica para poder coordinar los diferentes servicios que puede necesitar, tales como recetas, exámenes de laboratorio, comidas y rayos-x.

**Investigación Médica.** En ciertas circunstancias, podríamos usar o divulgar su información de salud por razones de investigaciones médicas. Antes de poder usar la información para investigación médica, el proyecto deberá ser aprobado a través de un proceso especial. La mayor parte del tiempo, sin embargo, le podremos permitir en especifico para que el investigador pueda tener acceso a su nombre, dirección y otra información que revele quien es usted o para que se envuelva en su cuidado médico.

**Seguridad Militar y Nacional.** Podríamos divulgar a las autoridades militar información sobre personal militar en ciertas circunstancias. Podríamos divulgar su información a funcionarios federales autorizados por razones de inteligencia, contrainteligencia y otra actividad de la seguridad nacional sancionada por la ley. Podríamos divulgar su información por razones de inteligencia, contrainteligencia y otra actividad de la seguridad nacional. Podríamos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan proveer protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de gobiernos extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

**Situaciones Penales.** Si usted está preso en una institución correccional y si tal institución o autoridad responsable por el cumplimiento de la ley cumple con los requisitos del caso y nos los presenta, podríamos divulgar su información médica a tales instituciones y autoridades.

**Alternativas de Tratamiento.** Recordatorios para citas y Beneficios relacionados a la salud. Podríamos usar y divulgar su información médica para enviarle recordatorios para citas, para informarle acerca de posibles o recomendables tratamientos alternos o sobre algunos beneficios o agendas de servicio que puedan ser de interés. Si usted no desea que hagamos contacto con usted para alternativas de tratamiento u otros beneficios o para recordarle sus citas, deberá notificarnos por escrito, y especificar cual de esas actividades usted quiere que excluyamos.

**Actividades de Recaudación de Fondos.** Nosotros y las fundaciones relacionadas a nosotros, podríamos usar su información médica para comunicarnos con usted con el propósito de recaudar fondos para Saint Anthony Hospital y sus operaciones. En estos casos, solamente entregaremos información limitada acerca de usted, incluyendo su información demográfica (nombre, dirección, y cualquier otra información de contacto, edad, sexo y fecha de nacimiento); fechas que recibió servicios de salud; departamento de servicio; su médico tratante; si tubo un resultado positivo o negativo; y su estatus de seguro de salud. Si no desea que le contacten con fines de recaudar dinero, usted tiene el derecho de dejar de recibir dichas comunicaciones.

**Directorio de Fealdad.** Podríamos incluir alguna información limitada sobre usted en nuestro directorio. Este directorio incluye su nombre, localización en el hospital, condición general (Vg. buena, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, también puede ser divulgada a personas que preguntan por usted por su nombre. Su afiliación religiosa pudiera ser dada a algún miembro del clero, tal como un sacerdote o ministro, aunque no pregunten por usted por nombre. Si usted no desea estar incluido en el directorio, deberá comunicarnos al momento de la admisión.

**Familiares y Amigos.** Podríamos divulgar su información médica a un miembro de su familia, otro pariente o cualquier otra persona que usted identifique como que está envuelto en su cuidado médico. También podríamos dar información a alguien que ayude a pagar por su tratamiento. Además, podríamos decirle a su familia, amigos o alguna persona que lo represente o que sea responsable por su atención médica acerca de su condición médica, y que está en el hospital.

**Terceras Partes.** Podríamos divulgar información médica suya a terceras partes con quienes tenemos un contrato para proveer ciertos servicios a nombre nuestro. De ser así, tendríamos un acuerdo con estas entidades para salvaguardar su Privacidad.

## OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos en esta Notificación o las leyes que se aplican a nosotros se llevarán a cabo solamente con su autorización (permiso) por escrito. Entre ellos: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) la mayoría de los usos y divulgaciones de su información de salud para fines de marketing; y (3) revelaciones que constituyen la venta de su información de salud. Si usted nos da permiso para usar o divulgar su información médica, usted puede revocar (cancelar) esa autorización por escrito en cualquier momento. Si usted cancela su autorización, no podremos

pedir por algún funcionario encargado de hacer cumplir la ley si tal divulgación:

- Es requerida por la ley;
- Es en respuesta a una orden judicial; citación judicial, o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- Es acerca de la víctima de un crimen y si, bajo ciertas circunstancias, no podemos obtener la autorización de la persona;
- Es acerca de una muerte que consideramos puede haber sido resultado de conducta criminal;
- Es acerca de conducta criminal en una localización de SAINT ANTHONY HOSPITAL; o
- En circunstancias de emergencia que ocurrieron en el Saint Anthony Hospital, para reportar un crimen; la localización del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

**Médicos Forenses y Funerarios.** En ciertas circunstancias, podríamos divulgar información médica a un médico forense o funerario. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar al difunto o para determinar la causa de la muerte.

**Donación de Órganos y Tejidos.** Podríamos discutir su información médica a organizaciones que se ocupan de conseguir órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de órganos, cuando sea necesario para facilitar la donación de órganos o el trasplante.

Podríamos rechazar su petición de inspeccionar y copiar su información de salud en algunas circunstancias limitadas. En algunos casos, si se le niega acceso a su información médica, usted puede solicitar que se revise su solicitud. Otro profesional médico escogido por el Saint Anthony Hospital revisará su solicitud y el rechazo. Nos atenderemos a la decisión que provenga de tal revisión.

**Derecho a Enmendar.** Si usted piensa que la información médica que tenemos sobre usted no es correcta o está incompleta, usted puede solicitar que se hagan las correcciones del caso. Usted tiene derecho a solicitar la corrección siempre y cuando nosotros tengamos la información.

Podríamos rechazar su solicitud de enmienda, en cuyo caso a usted se le notificará la razón.

Para solicitar una enmienda, su solicitud deberá hacerse por escrito a Privacy Officer, Department of Medical and Legal Services, cnel 2875 W. 19th Street, Chicago, Illinois 60623. Usted deberá, además proveer una razón que apoye su solicitud. Podríamos rechazar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye la razón que apoye su solicitud. Podríamos, además, rechazar su solicitud si usted nos pide que enmendemos información que:

- No fue creada por nosotros;
- No es parte de la información médica que nosotros guardamos o se guarda para nosotros;
- No es parte de la información que usted tuviera derecho a revisar, inspeccionar o copiar; o
- Está correcta y completa.

**Derecho a un Resumen de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho a pedir una lista de alertas divulgaciones que hemos hecho de su información médica. Esta es una lista de cuándo, por qué, a quién y por qué hemos divulgado su información médica acerca de usted que es necesario o permitido por la ley, pero no requiere su autorización por escrito.

Para solicitar esta lista de divulgaciones usted deberá presentar una solicitud por escrito a Privacy Officer, Department of Medical and Legal Services en el 2875 West 19th Street Chicago IL 60623. Su solicitud deberá especificar un tiempo de no más de seis años y no deberá incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud deberá especificar en qué forma quiere usted su lista, (por ejemplo, en papel o por e-mail). La primera lista que usted solicite dentro de un período de doce meses será gratis. Sin embargo, si hace solicitudes adicionales en el mismo período de doce meses, es posible que se le cobre un razonable, función de costos. Le notificaremos sobre el costo y usted podrá decidir retirar o modificar su solicitud antes de que se incurran los costos.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre la información médica que divulguemos acerca de su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en cuanto a la información médica que divulguemos acerca de usted a alguien que está envuelto en su atención médica o en el pago de su atención médica.

No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, excepto si usted pide que no revelemos la información a un plan de salud para pago o solicitudes de operaciones cuando ha pagado por los servicios que son el objeto de la información. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a no ser que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted deberá hacer su solicitud por escrito a

divulgar su información médica por las razones detalladas en su autorización por escrito. No podemos recuperar cualquier divulgación hecha con su permiso y estamos obligados a guardar una relación del cuidado que le dimos.

**SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos acerca de la información médica que guardamos sobre usted:

**Derecho a tener acceso y a copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información médica que pudiera usarse para tomar decisiones acerca de su tratamiento. Normalmente, eso incluye información médica y de facturación pero no incluye notas de psicoterapia.

• **Para inspeccionar y recibir una copia de su información médica,** usted puede presentar una solicitud por escrito a: Director, Health Information Management (Medical Records) localizado en el 2875 West 19th Street, Chicago, IL 60623. Si usted no recibió atención médica en St. Anthony Hospital, usted deberá comunicarse con el director de la localidad donde usted recibió los servicios. Si usted pide una copia de la información podríamos cobrarle un cargo para cubrir los costos de copiar y enviar por correo tal información además de otros costos relacionados con su solicitud.

Privacy Officer, Department of Medical and Legal Services en el 2875 West 19th Street, Chicago IL 60623. En su solicitud usted deberá decirnos (1) qué información quiere limitar (2) si usted quiere limitar nuestro uso o la divulgación, o ambos; y (3) a quien quiere que se apliquen tales límites.

**Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de que nos comuniquemos con usted o con la persona que usted ha designado como responsable de su atención médica de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedirnos que usemos una dirección diferente a la dirección de su casa para asuntos de cobros o que no dejemos mensajes en su correo telefónico. No le preguntaremos la razón de su solicitud y nos ajustaremos a todas las solicitudes razonables.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted deberá hacer su solicitud por escrito a su proveedor de atención médica en la localidad donde recibió los servicios. Su solicitud deberá especificar cómo o donde desea usted ser contactado.

**Derecho a recibir una copia en papel de esta notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Usted puede pedirnos una copia de la misma en cualquier momento. Si nos requiere pedirle que usted nos informe por escrito que usted ha recibido una copia de esta notificación.

**QUEJAS**

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja La Silla de Quejas Comisión de Saint Anthony Hospital, 773.484.4471, el Departamento de Salud Pública de Illinois, 800.252.4343 o idph.ecr@illinois.gov o la Comisión Conjunta, 800.994.6610 o [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org) Illinois.

**CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho de cambiar esta Notificación. La Notificación revisada incluirá la fecha en que será efectivo el cambio con respecto a información que ya tenemos acerca de usted al igual que cualquier información que podríamos recibir en un futuro. Colocaremos una copia de la Notificación actual en un lugar prominente y al cual usted tenga acceso. La Notificación también estará disponible para usted cuando la solicite. Además, si revisamos la Notificación, le ofreceremos una copia de la Notificación que está vigente. Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, o si desea más información, comuníquese con el funcionario de privacidad del Saint Anthony Hospital al (773) 484-4016.

Esta Notificación fue publicada el 21 de septiembre de 2012 o cerca de esta fecha y se hace efectiva el 1 de octubre del 2012. Fecha de revisión: 12 de julio del 2011; 12 agosto del 2014.

Yo, \_\_\_\_\_, ha recibido y ha revisado esta Notificación sobre Normas de Privacidad

Firma del Paciente o Representante

Relación con el paciente (si es aplicable)

Firma del Testigo

Fecha

Motivo por el que no firmó

Fecha