



DELAWARE HEALTH AND  
SOCIAL SERVICES  
Division of Public Health



SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE  
División de Salud Pública

## DELAWARE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PARA NIÑOS

### Consentimiento para la Inscripción en el Programa de Alerta de Necesidades Especiales (SNAP)

El programa para Niños de Servicios Médicos de Emergencia de Delaware para Niños con Necesidades Médicas / Atención Médica Especial mantendrá toda la información provista en el Formulario de Información de Emergencia y el Formulario de Visita a Domicilio, de acuerdo a la Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (conocido en inglés como Health Insurance Portability and Accountability Act, [HIPAA]) de 1996, y que se hizo efectiva a nivel nacional el 14 de abril del 2003.

Cada Servicio de Ambulancia a través del Estado de Delaware requiere presentar a usted un Aviso de sus Prácticas de Privacidad de sus operaciones, así como explicarle sus derechos bajo las leyes y pautas Federales de HIPAA cuando visite su hogar para obtener la información de la que se habla arriba para este programa. Además, todo el personal médico de emergencia dedicado a responder a una emergencia médica con respecto a su hijo(a) requieren seguir todas las prácticas e estipulaciones de privacidad que están en efecto, y no pueden hablar, o diseminar en ninguna forma, ninguna Información de Salud Protegida (conocido en inglés como Protected Health Information, [PHI]) con respecto a su hijo(a), a menos que sea imperativo administrar atención requerida a su hijo(a) dentro del ámbito de sus deberes médicos.

Al firmar abajo, usted confirma entender que la información provista en el Formulario de Inscripción adjunto pueda ser compartida con el personal del campo médico de emergencia para ayudarlos a proporcionar la atención médica de emergencia a su hijo(a) y que usted ha recibido una copia de las prácticas de privacidad de la agencia local de Servicios Médicos de Emergencia (conocido en inglés como Emergency Medical Services, [EMS]).

Como resultado del formulario que se usa para proporcionar un registro médico más completo para su hijo(a), hay una posibilidad que su información protegida de la salud sea dada a conocer a otras entidades que no están cubiertas por HIPAA.

El no firmar este formulario nunca resultará en la negación de un proceso normal de llamadas de emergencia o negación de cualquier tratamiento necesario de emergencia. Por favor comuníquese con el Servicio de Ambulancia al \_\_\_\_\_, la Agencia de EMS del Condado en \_\_\_\_\_ o los Servicios Médicos de Emergencia para el programa de Niños en la División de Salud Pública 302-233-1355 para cualquier pregunta sobre el formulario de consentimiento o SNAP.

*Al firmar abajo, doy permiso para compartir el Formulario de Inscripción con el personal médico de emergencia que sea necesario, de tal forma que ellos puedan proporcionar toda la atención médica de emergencia que sea necesaria a mi hijo(a). También confirmo que he recibido una copia de este formulario de consentimiento completo y de las prácticas de privacidad de la agencia local de EMS. Entiendo que puedo revocar esta declaración por escrito en cualquier momento, excepto hasta que la organización nombrada arriba haya ya tomado acción en esta autorización. Para revocar esta declaración avise por escrito a su agencia local de EMS del condado indicando su deseo de retirar a su hijo(a) del “Programa de Alerta de Necesidades Especiales”. Incluya su correspondencia a la agencia de EMS del condado: el nombre del niño, la fecha de nacimiento y la dirección.*

\_\_\_\_\_  
 Padre o Madre / Custodio  
 (Escriba con letra de imprenta)  
 o Custodio Legal

\_\_\_\_\_  
 Padre o Madre / Custodio  
 (Firma)  
 o Custodio Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación al niño(a)

\_\_\_\_\_  
 Testigo  
 (Escriba con letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
 Testigo (Firma)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Este Consentimiento para Inscripción es efectivo por un año a partir de la fecha de la firma. Se requerirá un consentimiento nuevo y formularios actualizados de salud para continuar en el Programa de Alerta de Necesidades Especiales después de un año.



DELAWARE HEALTH AND  
 SOCIAL SERVICES  
 \_\_\_\_\_  
 Division of Public Health



SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE

División de Salud Pública

El proyecto estuvo apoyado en parte por el numero de beca B04MC11159 del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Recursos de la Salud y Administración de Servicios, Oficina de Salud Materna e Infantil, y el Secretario Asistente para Preparación y Respuesta, numero de beca 1 U3REP080123-01-00 del Acuerdo Cooperativo del Programa de Preparación Hospitalaria