

2021-2022 Offsite Influenza Screening Questionnaire- ENGLISH
1001 East 9th Street, Reno NV, 89512

Complete the Following for the Person Who is Being Vaccinated:

PATIENT Name: FIRST _____ MIDDLE _____ LAST _____
 Phone: (____) - _____ - _____ Birth Date: ____/____/____ Age: _____ Sex: F M
 Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Parent/Guardian Full Name: _____ Ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino
 Race: (Check all that apply) American Indian/Alaskan Native Asian Black Native Hawaiian/Pacific Islander White Unknown

Questions for the Person Getting Vaccinated:

NO YES

1. Is the person to be vaccinated sick today? If yes, what are their symptoms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have any allergies to medications, foods such as eggs, a vaccine component or latex? Please list allergies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillian-Barre Syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Read Below and Sign:

I hereby acknowledge that I have received the Notice of Health Information Practices and the Vaccine Information Statement (VIS). I have had the opportunity to ask questions for the immunization(s) to be administered to me or the persons named above, for whom I am authorized to make this request. I agree to allow my immunization information or the person named above, for whom I am authorized to make this request, to be stored and accessed by authorized users in "Nevada's WebIZ". I also agree to have my blood tested or the person named above, for whom I am authorized to make this request, for blood borne bacteria and viruses that may result in disease in the event a person is exposed to my blood or body fluids, or the person named above. By signing this document, I declare that the above information is true and accurate to the best of my knowledge.

Signature: X _____ **Date:** _____
 Parent/Guardian signature required if under 18 years old

BELOW IS FOR CLINIC USE ONLY

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	VIS DATE
Fluarix (GSK)	150	90686		2X295	06/30/22	IM	LD RD LVL RVL	0.5 mL	WCHD POD		08.06.21

WebIZ # _____ Patagonia # _____ Demo/Ins By: _____ IZ By: _____ Scanned By: _____

2021-2022 Cuestionario de Vacunación Para La Influenza (Fuera del Sitio) ESPAÑOL
1001 East 9th Street, Reno NV, 89512

Complete la Siguiete Información para la Persona Que Será Vacunada:

PACIENTE NOMBRE _____ **SEGUNDO NOMBRE** _____ **APELLIDO** _____
 Teléfono: (____) - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: F M
 Dirección: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Nombre completo del padre o tutor legal: _____
 Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino
 Raza: (Marque todo lo que corresponda) Blanco Negro Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái/Islands del Pacifico Otro/Mestizo Desconocido

Cuestionario para la Persona Que Va a Recibir Vacunas:

NO Sí

1. ¿La persona que recibirá la vacuna está enferma/o el día de hoy? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgico a algún medicamento o alimentos (por ejemplo, a los huevos), al componente de la vacuna o al látex? Por favor enliste las alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido alguna vez una reacción seria después de recibir alguna vacuna? ¿Cuál fue la reacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona que se va a vacunar, tuvo alguna vez el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lea y Firme:

Por la presente reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Información de Salud y la Declaración de Información de Vacunas (VIS). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la(s) vacuna(s) que se administrará(n) a mi o la persona mencionada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Estoy de acuerdo en permitir que la información de vacunación sea almacenada y accesible por usuarios autorizados en "Nevada's WebIZ". También estoy de acuerdo que se me haga un análisis de sangre o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud, para detectar bacterias y virus transmitidos por la sangre que pueden resultar en enfermedades en caso de que una persona este expuesta a mi sangre o fluidos corporales, o la persona nombrada anteriormente. Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: X _____ **Fecha:** _____

Se requiere la firma del padre o tutor legal si es menor de 18 años de edad

A CONTINUACIÓN ES PARA USO CLÍNICO SOLAMENTE

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	VIS DATE
Fluarix (GSK)	150	90686		2X295	06/30/22	IM	LD RD LVL RVL	0.5 mL	WCHD POD		08.06.21

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

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

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

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent **influenza (flu)**.

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant people, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. People who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.



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

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call **9-1-1** and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call **1-800-822-7967**. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call **1-800-338-2382** to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call **1-800-232-4636** (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

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

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

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

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

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

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

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

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

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

2. Vacuna contra la influenza

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

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

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

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

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

3. Hable con su proveedor de atención médica

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

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

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

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

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



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

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

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

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

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

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

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

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

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

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

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

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

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

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

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

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



**Notice of Health Information Practices
for Washoe County Health District**

This document describes how your medical information may be used and shared and how you can get this information. Please read it carefully.

Understand Your Health Records

Each time you visit a hospital, doctor or other health care provider, a record of your visit is made. Most of the time, this record contains your symptoms, physical exam and lab test results, diagnoses, treatment and a plan for future care. This information, often called your health or medical record, is used to:

- Plan your care and treatment
- Communicate with other health professionals who help with your care
- Document the care you received
- Help you understand what is in your record and how health information is used to help you
- Obtain payment for the care provided
- Provide information (without using your name) for:
 - Medical research
 - Public health officials to improve the health of our community
 - Program planning and marketing without identifying information
 - Improving care
 - Educating health professionals

See Pg. 2 for more details about how your information may be used and shared.

Your Health Information Rights

You have the following rights regarding medical information we have about you.

You can:

Get an electronic or paper copy of your medical record

- You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Submit request in writing. Ask us for details.
- We will give you a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a fee based on our cost for the copy.
- In certain limited circumstances, we may deny your request. You have the right to have another healthcare provider review the denial. We will comply with the outcome of the review.

Ask us to correct your medical record

If you feel that medical information we have about you is incorrect or incomplete:

- You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

Get a list of when, with whom and why we’ve shared your information

- You can ask for a list of the times we’ve shared your health information in the last six years, who we shared it with, and why. Ask us how to do this.
- All the disclosures except those for treatment, payment, health care operations, and any you requested will be included.
- One list a year is free. Additional lists within 12 months may require a fee.

Ask us to limit what we use or share

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- If you pay for a service (without insurance), you can ask us not to share information with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information. Ask us how to make this request.

Request confidential communications

You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. Ask us how to make this request.

Choose someone to act for you

If you gave someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, he or she can exercise your rights and make choices about your health information.

- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

Get a copy of this privacy notice

You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically.

Our Responsibilities

The Washoe County Health District is required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.

- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have decreased the privacy of your health information.

How do we typically use or share your health information?

We are allowed or required to share your information, usually for the public good. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes.

Medical Care

We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.

Example: Clinic staff will write the information obtained and services provided during your visit. This information is used to decide which treatment is best for you. We will also give your doctor or other health care provider copies of reports that will help him or her in treating you.

Bill for your services

We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

Run our organization

We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.

Business Associates

We provide some services through contracts. We may share your health information with these businesses so that they can help us and bill you or your insurance company for services. We require businesses to sign an agreement to keep your health information private.

Help with public health and safety issues

- Prevent the spread of disease
- Help with product recalls
- Report adverse reactions to medications
- Report suspected abuse, neglect, or domestic violence
- Prevent or reduce a serious threat to anyone's health or safety

Respond to lawsuits and legal actions

We can share health information about you in response to a court or administrative order or subpoena.

Do research

We can use or share your information (without your name) for health research.

Address government requests and comply with the law

We can use or share health information about you for:

- Workers' compensation claims
- Law enforcement purposes with a law enforcement official
- Health oversight agencies authorized by law
- Special government functions such as military, national security, and presidential protective services

Respond to organ and tissue donation requests

We can share health information about you with organ procurement organizations.

Work with a medical examiner or funeral director

We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

Your written permission is required for any information sharing not covered in this Notice or other laws.

Special Notes about Washoe County Health District

We do not:

- Create or manage a directory of clients
- Create or maintain psychotherapy notes
- Market services or sell personal information
- Contact patients for fundraising

Changes to this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be provided to all current patients and available upon request, in our office, and on our website.

www.washoecounty.us/health

How to Get More Information or to Report a Problem

Please contact the Privacy Officer for Washoe County Health District:

**Anna Heenan, Privacy Officer
Washoe County Health District
PO Box 11130
Reno, NV 89520
(775) 328-2417**

We will not be angry or retaliate against you for filing a complaint.

You may also contact or visit the HHS website:

U.S. Dept. of Health and Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Ave, S.W.,
Washington, D.C. 20201
Phone: 1-877-696-6775

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Effective Date: November 2015

Aviso sobre prácticas de Información de su salud para el Distrito de Salud del Condado de Washoe

Este documento describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y como usted puede obtener esta información. Por favor léalo con cuidado.

Entienda su registro médico

Cada vez que usted visita un hospital, un médico o algún otro proveedor de cuidado de la salud, se hace un expediente a su nombre. Por lo regular, este expediente contiene información sobre sus síntomas, examen físico y resultados de laboratorio, diagnósticos, tratamientos y un plan para su cuidado futuro. Esta información, que se conoce como su expediente de salud o médico, se usa para lo siguiente:

- Planear su cuidado y tratamiento
- Comunicarnos con los proveedores de salud que ayudan con su cuidado
- Documentar el cuidado que recibe
- Le ayuda a entender lo que está en su expediente y como se utiliza su información médica
- Obtener pago por la atención médica
- Proveer información (sin usar su nombre) para:
 - Investigación médica
 - Los oficiales de la salud pública mejoren la salud de nuestra comunidad
 - Planificación y comercialización de programas evitando información que lo identifique
 - Mejorar la atención
 - Educar profesionales de la salud

Vea la página 2 para más detalles sobre como su información puede utilizarse y divulgarse.

Sus Derechos sobre la información médica

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que tenemos de usted.

Usted puede:

Obtener una copia de su historial médico en formato electrónico o en papel

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted en formato electrónico o en papel. Solicítelo por escrito. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa basada en el costo de nuestras copias.
- En ciertas circunstancias limitadas, podemos negar su petición. Usted tiene el derecho de que otro proveedor de la salud revise esa decisión. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Solicitar que se corrija su expediente médico

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta:

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de 60 días.

Obtener una lista de cuándo, a quién y por qué hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información médica en los últimos 6 años, con quién la hemos compartido y por qué. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Se incluirán todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones médicas, y cualquier otra que usted haya solicitado.
- Una lista por año es gratuita. Listas adicionales dentro de los 12 meses pueden requerir una tarifa.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o divulgamos

- Usted puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos cierta información médica para el tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectará su cuidado médico.
- Si paga por un servicio (sin seguro médico), puede solicitar que no compartamos esa información con su seguro médico. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información. Pregúntenos cómo hacer esta solicitud.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o de oficina) o enviar correspondencia a una dirección diferente. Pregúntenos cómo hacer esta solicitud.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Si usted le ha otorgado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, él o ella pueden ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.

- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica.

Nuestras responsabilidades

El Distrito de Salud del Condado de Washoe es requerido por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.

- No utilizaremos ni divulgaremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos lo diga por escrito. Si usted dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Sí cambia de opinión, háganoslo saber por escrito
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información de salud.

¿Cómo utilizamos o divulgamos típicamente su información médica?

Se nos permite o exige a divulgar su información de manera que contribuya al bien público. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Atención médica

Podemos utilizar su información médica y divulgarla con otros profesionales que le estén tratando.

Ejemplo: el personal clínico escribirá la información obtenida y los servicios prestados durante su visita. Esta información se utiliza para decidir que tratamiento es mejor para usted. También le daremos a su médico u otro proveedor de atención médica copias de reportes que le ayudara a él o ella a darle tratamiento.

Facturar por sus servicios

Podemos utilizar y divulgar su información médica para facturar y obtener pagos de los planes de salud y otras entidades.

Dirigir nuestra organización

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Socios de negocio

Proporcionamos algunos servicios a través de contratos. Podemos compartir su información médica con este tipo de empresas para que nos ayuden a facturar a usted o a su seguro médico por los servicios. Requerimos que estas empresas firmen un acuerdo para mantener privada su información médica.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Prevenir la propagación de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos del mercado
- Informar sobre las reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una grave amenaza a la salud o seguridad de cualquier persona

Responder a las demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa o un citatorio.

Realizar investigación médica

Podemos utilizar o divulgar su información para investigación de salud (sin utilizar su nombre).

Solicitudes gubernamentales y el cumplimiento de la ley

Podemos utilizar o divulgar su información médica para lo siguiente :

- Reclamos de compensación de trabajadores
- Con el fin de cumplir con la ley con los oficiales de la ley
- Con agencias de supervisión sanitaria autorizadas por ley
- Funciones especiales gubernamentales tales como militares, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir su información médica con las organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o un director de la funeraria

Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director de la funeraria cuando un individuo fallece.

Su permiso por escrito es requerido para la divulgación de información no cubierta en este aviso o por otras leyes.

Notas especial sobre el Distrito de Salud del Condado de Washoe

Nosotros no:

- Creamos o manejamos un directorio de clientes
- Creamos o mantenemos notas de psicoterapia
- Utilizamos su información personal para propósitos de mercadeo o venta
- Contactamos para recaudación de fondos

Cambios a este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso se proporcionará a todos los clientes existentes y estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

www.washoecounty.us/health

Cómo obtener más información o cómo reportar un problema

Por favor comuníquese con el Oficial de Asuntos Privados del Distrito de Salud del Condado de Washoe:

**Anna Heenan, Privacy Officer
Washoe County Health District
PO Box 11130
Reno, NV 89520
(775) 328-2417**

No nos molestaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

También puede contactar o visitar el sitio web HHS:

U.S. Dept. of Health and Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Ave, S.W., Washington,
D.C. 20201
Teléfono: 1-877-696-6775

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Effective Date: November 2015