

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA de 2009 H1N1

DESACTIVADA

(“inyección contra la influenza”)

LO QUE USTED NECESITA SABER

Muchas Hojas de Información sobre Vacunas están disponibles en español y en otros idiomas. Vea www.immunize.org/vis.

1 ¿Qué es la influenza H1N1 de 2009?

La influenza H1N1 de 2009 (a veces llamada “gripe porcina”) es causada por un nuevo tipo del virus de la influenza. Se ha diseminado a muchos países.

Al igual que otros virus de la influenza, el H1N1 de 2009 se pasa de una persona a otra al toser y estornudar y a veces cuando se tocan objetos contaminados por el virus.

Los signos del H1N1 de 2009 pueden ser:

- Cansancio
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Dolores musculares
- Escalofríos
- Tos
- Estornudos

Algunas personas también tienen diarrea y vómitos.

La mayoría de las personas se sienten mejor después de una semana. Pero algunas personas contraen neumonía u otras enfermedades serias. Algunas personas tienen que ser hospitalizadas y algunas mueren.

2 ¿De qué manera es la influenza H1N1 de 2009 diferente de la gripe regular (influenza estacional)?

Los virus de la influenza estacional cambian de un año a otro, pero están estrechamente asociados entre sí.

Las personas que tuvieron infecciones de influenza en el pasado por lo general tienen alguna inmunidad contra los virus de la influenza estacional (sus cuerpos han creado cierta capacidad de combatir los virus).

El virus de la influenza H1N1 de 2009 es un nuevo tipo de virus. Es muy diferente de los virus de la influenza estacional.

La mayoría de las personas tienen poca o ninguna inmunidad contra la influenza H1N1 de 2009 (sus cuerpos no están preparados para combatir el virus).

3 La vacuna contra la influenza H1N1 de 2009

Hay vacunas disponibles para protegerse contra la influenza H1N1 de 2009.

- Estas vacunas se preparan igual que las vacunas contra la influenza estacional.
- Se espera que sean tan seguras y efectivas como las vacunas contra la influenza estacional.
- No previenen las enfermedades “parecidas a la influenza” causadas por otros virus.

- No previenen la influenza estacional. *Debe vacunarse contra la influenza estacional también si desea protegerse de ella.*

La vacuna **desactivada** (vacuna con virus muertos) se inyecta en el músculo, como la vacuna anual contra la influenza. **Esta hoja describe la vacuna desactivada.**

También está disponible una vacuna **intranasal viva** (la vacuna de rocío nasal). Esa se describe en una hoja separada.

Algunas de las vacunas desactivadas contra la influenza H1N1 de 2009 contienen un conservante llamado timerosal para mantenerlas libres de gérmenes. Algunas personas han sugerido que el timerosal podría estar asociado al autismo. En 2004 un grupo de expertos del Instituto de Medicina revisó muchos estudios que investigaban esta teoría y no encontró ninguna asociación entre el timerosal y el autismo. Otros estudios realizados desde entonces llegaron a la misma conclusión.

4 ¿Quiénes deben recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 y cuándo?

QUIÉNES

Se recomienda que los siguientes grupos sean los primeros en recibir la H1N1 de 2009:

- Las mujeres embarazadas
- Las personas que viven con o cuidan a bebés menores de 6 meses de edad
- El personal médico de cuidados de salud y de emergencia
- Todas las personas de 6 meses a 24 años de edad
- Todas las personas de 25 a 64 años de edad con ciertos problemas médicos crónicos o con el sistema inmunológico debilitado

A medida que haya más vacuna disponible, los siguientes grupos también se deben vacunar:

- Las personas sanas de 25 a 64 años de edad
- Los adultos de 65 años de edad y mayores

El gobierno federal proporciona esta vacuna para que las personas la reciban voluntariamente. Sin embargo, es posible que la ley estatal o los empleadores requieran la vacunación de ciertas personas.

CUÁNDO

Vacúnese tan pronto como la vacuna esté disponible.

Los niños de hasta 9 años de edad deben recibir **dos dosis** de la vacuna, con la segunda dosis aproximadamente un mes después de la primera. Los niños mayores y los adultos necesitan una sola dosis.

5 Algunas personas no deben recibir la vacuna o deben esperar

No debe recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 si tiene **alergia grave (que amenaza la vida)** a los **huevos** o a **cualquier otra sustancia en la vacuna**. *Diga a la persona que le da la vacuna si usted tiene alergias graves.*

Diga también si alguna vez tuvo:

- una reacción alérgica que le amenazó la vida después de recibir una dosis de la vacuna contra la influenza estacional,
- el síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad paralítica grave también llamada GBS).

Estos pueden no ser motivos para evitar la vacuna, pero el personal médico le puede ayudar a decidir.

Si está moderadamente o muy enfermo tal vez le recomienden que espere hasta recuperarse antes de vacunarse. Si tiene un resfriado leve u otra enfermedad, por lo general no necesita esperar.

Las mujeres embarazadas o que están dando pecho se pueden aplicar la vacuna desactivada contra la influenza H1N1 de 2009.

La vacuna desactivada H1N1 de 2009 se puede dar al mismo tiempo que otras vacunas, incluyendo la vacuna contra la influenza estacional.

6 ¿Cuáles son los riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009?

Las vacunas, como cualquier medicamento, pueden causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. Pero el riesgo de que una vacuna cause daños serios, o la muerte, es sumamente pequeño.

Los virus en la vacuna desactivada H1N1 de 2009 están muertos, de manera que la vacuna no le puede dar influenza.

Los riesgos de la vacuna desactivada H1N1 de 2009 son similares a los de la vacuna desactivada contra la influenza estacional:

Problemas leves:

- dolor, enrojecimiento, sensibilidad o hinchazón en el lugar donde lo vacunaron
- desmayos (principalmente en adolescentes)
- dolor de cabeza, dolores musculares • fiebre • náuseas

Si estos problemas ocurren, en general comienzan poco tiempo después de vacunarse y duran 1 ó 2 días.

Problemas graves:

- Las reacciones alérgicas que amenazan la vida ocurren muy rara vez después de la vacunación. Si ocurren, por lo general es a los pocos minutos o a las pocas horas de haberse vacunado.
- En 1976, un tipo anterior de vacuna contra la gripe porcina estuvo asociado a casos del síndrome de Guillain-Barré (GBS). Desde entonces las vacunas contra la influenza no se han asociado claramente al GBS.

7 ¿Qué pasa si hay una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

Cualquier cosa fuera de lo común, como fiebre alta o cambios en el comportamiento. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, ronchas, palidez, debilidad, latidos rápidos del corazón o mareos.

¿Qué debo hacer?

- **Llame** a un médico o lleve a la persona inmediatamente a un médico.
- **Diga** a su médico lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y cuándo recibió la vacuna.
- **Pida** a su profesional de la salud que informe la reacción presentando un formulario del Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS). O puede presentar este informe mediante el sitio web de VAERS, en: www.vaers.hhs.gov o puede llamar al: **1-800-822-7967**.

VAERS no proporciona consejos médicos.

8 Compensación por lesiones causadas por vacunas

Si usted o su hijo tienen una reacción a la vacuna, su habilidad de demandar está limitada por ley.

Sin embargo, se ha creado un programa federal para ayudar a pagar los cuidados médicos y otros gastos específicos de ciertas personas que tengan una reacción seria a esta vacuna. Para obtener más información sobre este programa, llame al **1-888-275-4772** ó visite el sitio Web del programa en: www.hrsa.gov/countermeasurescomp/default.htm

9 ¿Cómo puedo obtener más información?

- Consulte con su profesional de la salud. Le puede dar el folleto de información que viene con la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame al departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
 - Llame al: **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio Web de los CDC en: www.cdc.gov/h1n1flu o www.cdc.gov/flu
 - Visite el sitio Web en: www.flu.gov



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION



VACUNA CONTRA LA INFLUENZA de 2009 H1N1

VIVA ATENUADA
(rocío intranasal)

LO QUE USTED NECESITA SABER

Muchas Hojas de Información sobre Vacunas están disponibles en español y en otros idiomas. Vea www.immunize.org/vis.

1 ¿Qué es la influenza H1N1 de 2009?

La influenza H1N1 de 2009 (a veces llamada “gripe porcina”) es causada por un nuevo tipo del virus de la influenza. Se ha diseminado a muchos países.

Al igual que otros virus de la influenza, el H1N1 de 2009 se pasa de una persona a otra al toser y estornudar y a veces cuando se tocan objetos contaminados por el virus.

Los signos del H1N1 de 2009 pueden ser:

- Cansancio
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Dolores musculares
- Escalofríos
- Tos
- Estornudos

Algunas personas también tienen diarrea y vómitos.

La mayoría de las personas se sienten mejor después de una semana. Pero algunas personas contraen neumonía u otras enfermedades serias. Algunas personas tienen que ser hospitalizadas y algunas mueren.

2 ¿De qué manera es la influenza H1N1 de 2009 diferente de la gripe regular (influenza estacional)?

Los virus de la influenza estacional cambian de un año a otro, pero están estrechamente asociados entre sí.

Las personas que tuvieron infecciones de influenza en el pasado por lo general tienen alguna inmunidad contra los virus de la influenza estacional (sus cuerpos han creado cierta capacidad de combatir los virus).

El virus de la influenza H1N1 de 2009 es un nuevo tipo de virus. Es muy diferente de los virus de la influenza estacional.

La mayoría de las personas tienen poca o ninguna inmunidad contra la influenza H1N1 de 2009 (sus cuerpos no están preparados para combatir el virus).

3 La vacuna contra la influenza H1N1 de 2009

Hay vacunas disponibles para protegerse contra la influenza H1N1 de 2009.

- Estas vacunas se preparan igual que las vacunas contra la influenza estacional.
- Se espera que sean tan seguras y efectivas como las vacunas contra la influenza estacional.
- No previenen las enfermedades “parecidas a la influenza” causadas por otros virus.

- No previenen la influenza estacional. *Debe vacunarse contra la influenza estacional también si desea protegerse de ella.*

La vacuna **intranasal viva atenuada** (o **LAIV**) se aplica como rocío en las fosas nasales. **Esta hoja describe la vacuna viva intranasal atenuada.**

También está disponible una vacuna **desactivada** que se aplica como una inyección. Se describe en una hoja separada.

La LAIV H1N1 de 2009 no contiene timerosal ni ningún otro conservante. Está autorizada para las personas de 2 a 49 años de edad.

El virus en la vacuna está atenuado (debilitado), de manera que no causa enfermedad.

4 ¿Quiénes deben recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 y cuándo?

QUIÉNES

La LAIV está autorizada para las personas de 2 a 49 años de edad que no estén embarazadas y que no tengan ciertos problemas de salud (vea el No. 5, abajo). Se recomienda que los siguientes grupos de personas sanas sean los primeros en recibir la LAIV H1N1 de 2009:

- tienen entre 2 y 24 años de edad,
- tienen entre 25 y 49 años de edad y que
 - viven con o cuidan a bebés menores de 6 meses de edad o
 - son personal médico de cuidados de salud o de emergencia.

A medida que haya más vacuna disponible también se deben vacunar las demás personas sanas de 25 a 49 años de edad.

Nota: Aunque ciertas personas no deben recibir la LAIV —por ejemplo las mujeres embarazadas, las personas que tienen problemas de salud a largo plazo y los niños de 6 meses a 2 años de edad— es importante que esas personas se vacunen. Se deben aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

El gobierno federal proporciona esta vacuna para que las personas la reciban voluntariamente. Sin embargo, es posible que la ley estatal o los empleadores requieran la vacunación de ciertas personas.

CUÁNDO

Vacúnese tan pronto como la vacuna esté disponible.

Los niños de hasta 9 años de edad deben recibir **dos dosis** de la vacuna, con la segunda dosis aproximadamente un mes después de la primera. Los niños mayores y los adultos necesitan una sola dosis.

5 Algunas personas no deben recibir la vacuna o deben esperar

No debe recibir la LAIV H1N1 de 2009 si tiene **alergia grave (que amenaza la vida)** a los **huevos** o a **cualquier otra sustancia en la vacuna**. *Diga a la persona que le da la vacuna si usted tiene alergias graves.*

La LAIV H1N1 de 2009 no se debe dar a los siguientes grupos:

- los niños menores de 2 años de edad y adultos de 50 años de edad y mayores,
- las mujeres embarazadas,
- las personas que tienen el sistema inmunológico debilitado,
- las personas que tienen un problema de salud a largo plazo, como
 - enfermedad del corazón - enfermedad de los riñones o del hígado
 - enfermedad de los pulmones - enfermedad metabólica, como la diabetes
 - asma
 - anemia y otras enfermedades de la sangre
- los niños menores de 5 años de edad con asma o con uno a más episodios de sibilancias durante el año pasado,
- las personas que tienen ciertas enfermedades de los músculos o de los nervios (como la parálisis cerebral) que puedan causar problemas para respirar o para tragar,
- las personas con contacto cercano a alguien con el sistema inmunológico *gravemente* debilitado (que requiere cuidados en un ambiente protegido, como en una unidad de trasplantes de médula ósea),
- los niños o adolescentes en tratamiento de aspirina a largo plazo.

Si está moderadamente o muy enfermo tal vez le recomienden que espere hasta recuperarse antes de vacunarse. Si tiene un resfriado leve u otra enfermedad, por lo general no necesita esperar.

Diga a su médico si alguna vez tuvo:

- una reacción alérgica que le amenazó la vida después de recibir una dosis de la vacuna contra la influenza estacional,
- el síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad parálitica grave también llamada GBS).

Estos pueden no ser motivos para evitar la vacuna, pero el personal médico le puede ayudar a decidir.

La LAIV H1N1 de 2009 se puede dar al mismo tiempo que la mayoría de las demás vacunas. Diga a su médico si le aplicaron otras vacunas dentro del mes pasado o si piensa recibir otras dentro del próximo mes. La LAIV H1N1 y la LAIV estacional no se deben dar juntas.

6 ¿Cuáles son los riesgos de la LAIV H1N1 de 2009?

Las vacunas, como cualquier medicamento, pueden causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. Pero el riesgo de que una vacuna cause daños serios, o la muerte, es sumamente pequeño.

Se espera que los riesgos de la LAIV H1N1 de 2009 sean similares a los de la LAIV estacional:

Problemas leves:

Algunos niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad informaron tener reacciones leves, incluyendo:

- nariz que gotea, congestión nasal o tos
- dolor de cabeza y dolores musculares
- dolor abdominal, o vómitos o diarrea ocasionales
- fiebre
- sibilancias

Algunos adultos de 18 a 49 años de edad informaron haber tenido:

- nariz que gotea o congestión nasal
- dolor de garganta
- tos, escalofríos, cansancio/debilidad
- dolor de cabeza

Problemas graves:

- Las reacciones alérgicas que amenazan la vida ocurren muy rara vez después de la vacunación. Si ocurren, por lo general es a los pocos minutos o a las pocas horas de haberse vacunado.
- En 1976, un tipo anterior de vacuna desactivada contra la gripe porcina estuvo asociado a casos del síndrome de Guillain-Barré (GBS). La LAIV no se ha asociado al GBS.

7 ¿Qué pasa si hay una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

Cualquier cosa fuera de lo común, como fiebre alta o cambios en el comportamiento. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, ronchas, palidez, debilidad, latidos rápidos del corazón o mareos.

¿Qué debo hacer?

- **Llame** a un médico o lleve a la persona inmediatamente a un médico.
- **Diga** a su médico lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y cuándo recibió la vacuna.
- **Pida** a su profesional de la salud que informe la reacción presentando un formulario del Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS). O puede presentar este informe mediante el sitio web de VAERS, en: www.vaers.hhs.gov o puede llamar al: **1-800-822-7967**.

VAERS no proporciona consejos médicos.

8 Compensación por lesiones causadas por vacunas

Si usted o su hijo tienen una reacción a la vacuna, su habilidad de demandar está limitada por ley.

Sin embargo, se ha creado un programa federal para ayudar a pagar los cuidados médicos y otros gastos específicos de ciertas personas que tengan una reacción seria a esta vacuna. Para obtener más información sobre este programa, llame al **1-888-275-4772** ó visite el sitio Web del programa en:

www.hrsa.gov/countermeasurescomp/default.htm

9 ¿Cómo puedo obtener más información?

- Consulte con su profesional de la salud. Le puede dar el folleto de información que viene con la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame al departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
 - Llame al: **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio Web de los CDC en: www.cdc.gov/h1n1flu o www.cdc.gov/flu
 - Visite el sitio Web en: www.flu.gov



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION



Departamento de Salud Pública del Condado de Cook

Consentimiento para nueva vacuna contra la Gripe H1N1

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA (letra de molde)

Place Client Identification Label Here

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo F ___ M ___

APELLIDO NOMBRE Inicial segundo nombre Mes / Día / Año

Dirección _____
CALLE CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono (_____) _____ -- _____

Raza: (marcar una): ___NEGRA ___BLANCA ___ASIÁTICA ___OTRA ___SE IGNORA

Origen étnico: (marcar una): ___MEXICANO ___PUERTORRIQUEÑO ___CUBANO ___OTRO HISPANO ___NO HISPANO ___ÁRABE ___OTRO

PARA CADA PREGUNTA coloque un tilde (✓) en el casillero que mejor describe su respuesta.	Sí	No
1. ¿La persona que recibirá la vacuna se aplicó una vacuna contra la Gripe A (H1N1) en los últimos 28 días?		
2. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene sensibilidad/alergia al látex?		
3. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré?		
4. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene una enfermedad con fiebre u otra infección activa?		
5. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene alergia grave a los huevos, como urticaria o dificultad para respirar?		
6. ¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe alguna vez?		
7. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene sensibilidad/alergia al timerosal?		
8. ¿La persona que recibirá la vacuna vive con o cuida de un bebé de menos de 6 meses de edad?		
9. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene entre 6 meses y 24 años de edad?		
10. ¿La persona que recibirá la vacuna padece de una afección médica crónica, tal como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, enfermedad del riñón, hígado o cardíaca, etc.?		
11. ¿La persona que recibirá la vacuna está embarazada?		
12. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene menos de 24 meses (2 años)?		
13. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene 50 años o más?		
14. ¿La persona que recibirá la vacuna recibió alguna de las siguientes vacunas con virus vivo: contra la Gripe A (H1N1), FluMist, MMR (sarampión, paperas, rubéola) o Varicela (<i>chicken pox</i>) en los últimos 28 días?		
15. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, cáncer, linfoma, leucemia, VIH/SIDA, Lupus, etc.) que le hace más susceptible a contraer una infección?		
16. ¿La persona que recibirá la vacuna recibe alguna terapia que contenga aspirina?		
17. ¿La persona que recibirá la vacuna padece de una enfermedad muscular o neurológica activa, tal como parálisis cerebral, que puede causar problemas de respiración o deglución?		
18. ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgica a la gentamicina, gelatina o arginina?		
19. ¿La persona que recibirá la vacuna habrá tomado medicamentos antivirales dentro de las 48 horas previas a la vacunación?		
20. ¿La persona que recibirá la vacuna está en contacto cercano con una persona que tiene un sistema inmunológico debilitado que requiere atención en un ambiente protegido, tal como una unidad de trasplante de médula ósea?		

He leído las Declaraciones informativas sobre la vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) tanto para la Vacuna Viva Atenuada contra la Gripe A (H1N1) y la Vacuna Inactivada contra la Gripe A (H1N1) o me han explicado la información acerca de estas vacunas. He tenido la posibilidad de hacer preguntas, las cuales me fueron respondidas satisfactoriamente, y creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna contra la Gripe A (H1N1). Entiendo que la persona a cargo de aplicar la vacuna determinará el tipo de vacuna contra la Gripe A (H1N1) que se aplicará según mis respuestas a las preguntas anteriores. Autorizo y solicito que se me aplique la vacuna o que se le aplique a la persona indicada en este formulario respecto de la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud y también autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Cook (CCDPH) y a la escuela o guardería donde se aplica la vacuna a conservar un registro de esta vacunación y, asimismo, autorizo a estas entidades a entregarle este formulario al CCDPH, para su uso tal y como lo permite la ley correspondiente. Acuso recibo de un Aviso de Prácticas de Privacidad de CCDPH.

Nombre en letra de MOLDE _____ Relación con la persona _____ Soy esa persona
vacunada: (marcar una) _____ Padre/Tutor
_____ Otra _____

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a solicitarla en su nombre:

X _____ Fecha: _____

PARA USO CLÍNICO EXCLUSIVAMENTE

Comments: _____

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration	Signature of Vaccine Administrator
			IN=Intranasal LD=Left deltoid RD=Right deltoid LT=Left thigh RT = Right thigh	

**SISTEMA DE SALUD Y DE HOSPITALES DEL CONDADO DE COOK
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**EL PRESENTE AVISO LE INFORMA EN QUÉ FORMA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD
Y CÓMO PUEDE HACER PARA ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

POR FAVOR, REVISE CUIDADOSAMENTE.

NUESTRAS OBLIGACIONES. Estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de la *información protegida de salud* (PHI, por sus siglas en inglés).
- Proteger la privacidad de su PHI y hacerle llegar este Aviso.
- Cumplir los términos de nuestro Aviso, vigente actualmente.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Este documento describe las formas en que podemos usar y revelar PHI. Salvo en conformidad con las especificaciones de este Aviso, usaremos y revelaremos PHI únicamente con su autorización escrita. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito.

TRATAMIENTO. Podemos usar y compartir su PHI para brindar atención y servicios para usted. Por ejemplo, podemos revelar PHI a médicos, enfermeras u otros proveedores de salud, incluyendo personas que no formen parte del Sistema de Salud y de Hospitales del Condado de Cook (*Cook County Health & Hospitals System* -CCHHS, por sus siglas en inglés), pero que estén relacionadas con la atención de su salud y necesiten la PHI para su atención médica.

PAGO. Podemos usar y compartir su PHI para que nosotros u otras personas puedan recibir el pago por la atención y los servicios que le fueron brindados a usted. Por ejemplo, podemos comunicarnos con Medicare, Medicaid, su seguro médico u otra compañía o programa que disponga sobre el costo total o parcial de su atención de su salud o pague esos costos.

OPERACIONES DE ATENCIÓN DE SALUD. Podemos usar y revelar su PHI a los fines de operaciones de atención de salud. Estos usos y revelaciones son necesarias para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestros programas del sistema de atención de salud. Por ejemplo, podemos usar y revelar PHI para asegurarnos de que usted reciba atención de calidad. También podemos compartir PHI con otras instituciones que tengan relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus operaciones relacionadas con la atención de salud.

RECORDATORIOS DE CITAS MÉDICAS. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTOS Y BENEFICIOS Y SERVICIOS DE SALUD. Podemos usar y revelar PHI para comunicarnos con usted y recordarle que usted tiene una cita con nosotros. También podemos usar y revelar PHI para informarle acerca de alternativas de tratamiento o beneficios y servicios de salud que pueden ser de su interés.

SITUACIONES ESPECIALES

SEGÚN REQUERIMIENTOS LEGALES. Revelaremos PHI cuando lo requiera la legislación local, estatal, federal o internacional.

FAMILIARES Y AMIGOS. Podemos compartir su PHI con miembros de su familia, amigos u otra persona que usted indique que participa o ayuda a solventar sus cuidados de salud. Si usted está en una de nuestras instituciones, podemos informar a su familia o amigos cuál es su estado de salud. También podemos compartir información de su salud con una agencia de alivio de catástrofes para que su familia reciba información sobre su estado y paradero. Usted puede optar por no compartir esta información pero en ese caso, nos lo debe hacer saber.

AMENAZAS PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD. Podemos usar y revelar PHI cuando resulte necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad pública o de otra persona. Las revelaciones, sin embargo, sólo se harán efectivas a alguna persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

EMERGENCIAS. Podemos usar o revelar PHI para brindar tratamiento en una situación de emergencia.

ASOCIADOS COMERCIALES. Podemos revelar PHI a nuestros socios comerciales que desempeñan funciones por cuenta nuestra o nos proporcionan servicios si la PHI es necesaria para dichas funciones o servicios. Todos nuestros asociados comerciales están obligados a proteger la privacidad de su PHI y no están autorizados a usar o revelar la PHI en cualquier otra forma fuera de la especificada en nuestro contrato.

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDO. Si usted es donante de órganos, podemos usar o revelar PHI a organizaciones que administran la ablación de órganos u otras agencias que participan en la ablación, banco o traslado de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación de órganos, ojos o tejido; y el trasplante.

MILITARES Y VETERANOS. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar la PHI según lo exijan las autoridades del comando militar. También podemos revelar PHI a la autoridad militar extranjera pertinente si usted es miembro de una fuerza militar extranjera.

COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. Podemos revelar PHI al sistema de compensación de los trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios en caso de lesiones o enfermedades laborales.

RIESGOS DE SALUD PÚBLICA. Podemos revelar PHI para llevar adelante actividades de salud pública. Para estas actividades, por lo general, es necesario revelar información para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; informar nacimientos y muertes; informar enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; informar abuso o abandono de menores; informar reacciones a medicamentos o problemas con algún producto; notificar a las personas el retiro del mercado de algún producto que puedan estar usando; informar acerca de alguna persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o estado de salud; e informar a la correspondiente autoridad de gobierno si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Sólo haremos estas revelaciones si está de acuerdo o cuando la legislación lo exija.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SALUD. Podemos revelar PHI a una agencia de supervisión de salud para llevar adelante actividades legales. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, investigaciones, auditorías, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise los sistemas de salud pública, para la prestación de programas de gobierno y para dar cumplimiento a las leyes de derechos civiles. Si usted es parte de una acción legal o un conflicto, podemos revelar PHI en respuesta a un requerimiento judicial o administrativo. También podemos revelar PHI en respuesta a una citación de la justicia, solicitud de descubrimiento u otro procedimiento legal de otra parte que participe en el conflicto, pero sólo si se han arbitrado los medios para informarle a usted acerca del pedido o para obtener una orden de protección para la PHI solicitada.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY. Podemos revelar PHI cuando haya sido solicitada por un oficial de un departamento de seguridad del gobierno, si la PHI es: (1) para responder a una orden judicial, citación, pedido de registro o procedimiento similar; (2) información que se limita a identificar o localizar a un sospechoso, prófugo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito aunque, bajo circunstancias muy limitadas, no podamos obtener el acuerdo de la persona; (4) sobre una muerte que consideramos puede ser el resultado de un acto delictivo; (5) sobre conductas delictivas llevadas a cabo en nuestros establecimientos; y (6) en una emergencia para informar un delito, el lugar de los hechos o la ubicación de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

FUNCIONARIOS, MÉDICOS FORENSES Y DIRECTORES DE CASAS FÚNEBRES. Podemos revelar PHI a un funcionario encargado de investigar muertes dudosas o a un médico forense. Quizá esto resulte necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar PHI a los directores de casas fúnebres, en la medida que resulte necesario para el ejercicio de sus funciones.

SEGURIDAD NACIONAL Y ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA. Podemos revelar PHI a funcionarios autorizados del gobierno federal, contrainteligencia y otros organismos encargados de llevar adelante actividades relacionadas con la seguridad nacional y que tengan autorización legal para operar. También podemos revelar PHI a los funcionarios federales autorizados para que puedan llevar adelante su función de proteger al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado de gobiernos extranjeros, o para llevar adelante investigaciones especiales.

INFORMACIÓN QUE NO PERMITE LA IDENTIFICACIÓN PERSONAL. Podemos usar o revelar PHI sobre su persona en una forma que no comprometa su identidad ni revele quién es usted.

OTROS USOS Y REVELACIONES

No usaremos ni revelaremos su PHI por ningún motivo fuera de los descritos en las secciones anteriores si no contar con su autorización específica. Debemos obtener una Autorización suya, independiente de cualquier Consentimiento que pudiéramos haber obtenido de usted. Si usted nos da su Autorización para usar o revelar PHI sobre su persona, usted podrá revocar dicha Autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su Autorización, dejaremos de usar o revelar PHI sobre su persona por las razones incluidas en su Autorización escrita, pero no podremos recuperar ningún uso ni revelación que ya estuviese hecha con su permiso.

En Illinois, se requiere una autorización específica por escrito (diferente de la Autorización y el Consentimiento mencionados arriba) para revelar o dar a conocer historias clínicas que contengan información relacionada con tratamientos de salud mental, alcoholismo, abuso de sustancias o VIH/SIDA.

No usamos ni revelamos PHI con fines comerciales ni para actividades de investigación.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la PHI que tenemos sobre su persona:

DERECHO A REVISAR Y OBTENER COPIAS. Usted tiene derecho a revisar y obtener copias de la PHI que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención o pago de su atención de salud. Esto incluye registros médicos y de facturación, fuera de las anotaciones de psicoterapia. Para inspeccionar y obtener copias de esta PHI, debe realizar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Si usted solicita una copia de esta PHI, podemos aplicar un cargo en conformidad con lo autorizado por la legislación de Illinois. Podemos denegar su pedido en ciertas circunstancias limitadas. Usted puede solicitar la revisión de la denegación. Si dicha revisión se solicita conforme a derecho, elegiremos un profesional de atención de salud con licencia para que revise su pedido y nuestra denegación. La persona que realice la revisión no será la misma persona que rechazó su solicitud y se dará cumplimiento al resultado de la revisión.

DERECHO A MODIFICAR. Si considera que la PHI que tenemos es incorrecta o está incompleta, usted nos podrá solicitar que se corrija la información. Usted tiene derecho a solicitar una modificación durante el período en que la PHI se conserve en nuestra oficina, para nuestra oficina. Para solicitar una modificación, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Podemos rechazar su pedido en la medida permitida por la ley.

DERECHO A SOLICITAR UN RESUMEN DE REVELACIONES. Usted tiene derecho a solicitar una lista de algunas revelaciones de su PHI efectuadas con otros fines fuera de los terapéuticos, pago y operaciones de atención de salud, que no estén exceptuadas de incluirse en el resumen, o para las cuales usted proporcionó autorización por escrito. Para solicitar un resumen de modificaciones, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Podemos aplicar un cargo por los costos que acarrea la preparación de la lista. Le notificaremos el costo que deberá abonar y podrá elegir si retirar o modificar su pedido en ese momento antes de incurrir en costo alguno.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la PHI que usamos o revelamos con fines terapéuticos, de pago o de atención de la salud. También tiene derecho a solicitar un límite de la PHI que revelamos a alguna persona que participa en la atención de su salud o en el pago de sus cuidados de salud, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no compartamos información con su esposa acerca de un diagnóstico o tratamiento en particular. Para solicitar una restricción, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. No estamos obligados a satisfacer su pedido. Si aceptamos, cumpliremos con su pedido salvo que la PHI sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre temas médicos en una determinada forma o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede solicitarnos que sólo nos comuniquemos con usted por correo o en el lugar de trabajo. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe presentar un pedido por escrito dirigido a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Su pedido deberá especificar cómo y dónde desea que nos pongamos en contacto con usted. Atenderemos todos los pedidos razonables.

DERECHO A RECIBIR UNA COPIA EN PAPEL DE ESTE AVISO. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Nos puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel, comuníquese con The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612

MODIFICACIONES A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso y hacer que el nuevo Aviso se aplique a la PHI que ya tenemos en nuestro poder como así también a toda información que recibamos en el futuro. En nuestra oficina se exhibirá una copia del Aviso en vigencia. El Aviso incluirá la fecha efectiva de vigencia en la primera página, debajo del título del documento.

RECLAMOS

Si considera que se han violado sus derechos a privacidad, puede presentar un reclamo ante el CCHHS o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los reclamos que se presenten ante el CCHHS, deben dirigirse a The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Todos los reclamos deben presentarse en forma escrita. Usted no será pasible de ninguna sanción por presentar un reclamo.