

Autorización Escolar para la Vacuna Intranasal para la Influenza H1N1 del 2009

Sección 1: Información acerca del niño que recibirá la vacuna (USE LETRA IMPRENTA CLARA)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE LEGAL (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE H/M
DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE				RAZA DEL ESTUDIANTE (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Indígena americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____	
CIUDAD	CONDADO				
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DE LA ESCUELA	GRADO	ETNIA DEL ESTUDIANTE Hispano o latino: Sí No	
NÚMERO TELEFÓNICO DIURNO DEL PADRE O ACUDIENTE:					

Sección 2: Prueba para verificar que puede recibir la vacuna

Si su hijo ya fue vacunado con la **vacuna para la influenza H1N1 de 2009** (NO CON LA VACUNA PARA LA INFLUENZA ESTACIONAL), **indíquenos el número de dosis y las fechas de vacunación.**

- Dosis 1 Fecha en que la recibió: mes _____ día _____ año _____ Vía (encierre en un círculo): aerosol nasal inyección
- Dosis 2 Fecha en que la recibió: mes _____ día _____ año _____ Vía (encierre en un círculo): aerosol nasal inyección

Las siguientes preguntas nos permitirán saber si su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Marque **SÍ** o **No** para cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo es alérgico a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene cualquier otra alergia? Indique cuáles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción a una dosis anterior de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (una forma de debilidad muscular grave temporal) en las 6 semanas siguientes a haber recibido una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo tiene cualquiera de las siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad pulmonar, cardíaca, renal, hepática, de los nervios (neurológica o neuromuscular), o sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo está en un tratamiento a largo plazo con aspirina o que contenga aspirina (por ejemplo, su hijo consume aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, debido a VIH, cáncer, o a medicamentos como esteroides o los que se emplean para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Su hija está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su hijo tiene contacto cercano con alguien que necesite atención en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que recientemente haya recibido un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió "NO" a todas las preguntas anteriores, probablemente su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Si respondió "SÍ" a una o más de las preguntas, debe ponerse en contacto con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para discutir sus opciones de vacunación.

Si respondió "NO" a todas las preguntas anteriores, responda la siguiente pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo ha recibido cualquier otra vacuna (no sólo la de gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de administración: _____ mes día año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tiene cualquier pregunta acerca de la vacuna para la influenza H1N1 de 2009, llame al proveedor de atención médica de su médico o a su departamento de salud local. También hay información disponible en el Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland en www.dhmm.state.md.us/swineflu/ o en www.flu.gov.

Toda la información que suministró se mantendrá confidencial. Si desea una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad, se encuentra disponible en www.hhs.gov/ocr/hipaa.

Sección 3: Autorización

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DEL NIÑO:	
Al firmar este formulario, autorizo que mi hijo sea vacunado y acepto que:	
<ul style="list-style-type: none"> • La información anterior es correcta. • He leído la "Declaración de Información de la Vacuna para la Influenza H1N1 de 2009" o alguien me la leyó. • Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna para la H1N1. • Me han respondido cualquier pregunta que tuviese acerca de la vacuna. • Me han ofrecido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad. 	
Firma del padre o acudiente legal _____	Fecha: mes _____ día _____ año _____

Sección 4: Registro de vacunación

ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

Vacuna	Fecha en que se administra la dosis	Número de la dosis (1 o 2)	Fabricante de la vacuna	Número de lote	Nombre y título de la persona que administra la vacuna Ubicación de la clínica de vacunación	Número de proveedor
H1N1 2009 Intranasal	/ /		MedImmune			

VACUNA 2009

Muchas de las declaraciones de información sobre las vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Vea <http://www.immunize.org/vis>.

Contra la Influenza H1N1 Viva atenuada (vacuna en atomizador nasal)

LO QUE USTED DEBE SABER

1. ¿Qué es la influenza 2009 H1N1?

La influenza (gripe) 2009 H1N1 (en ocasiones llamada influenza o gripe porcina) es causada por una nueva cepa del virus de la influenza. Este virus se ha propagado a muchos países.

Tal como ocurre con otros virus de la influenza, el virus 2009 H1N1 se transmite de persona a persona a través de la tos, los estornudos, y en ocasiones, al tocar objetos contaminados con el virus.

Los signos de la influenza 2009 H1N1 pueden incluir:

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

Algunas personas también pueden tener diarrea y vómito.

La mayoría de las personas se mejoran en una semana.

Pero algunas personas contraen neumonía u otras enfermedades graves. Ciertas personas tienen que ser hospitalizadas y algunas mueren.

2. ¿En qué se diferencia la influenza 2009 H1N1 de la influenza común (estacional)?

Los virus de la influenza estacional cambian todos los años, pero están estrechamente relacionados entre sí.

Las personas que han tenido infecciones por el virus de la influenza en el pasado suelen tener cierta inmunidad a los virus de la influenza estacional (sus cuerpos han adquirido cierta capacidad para combatir los virus).

El virus de la influenza 2009 H1N1 es una nueva cepa del virus y es muy diferente a los virus de la influenza estacional.

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

3. Vacuna contra la influenza 2009 H1N1

Hay vacunas disponibles para proteger contra la influenza 2009 H1N1.

- Estas vacunas se producen de la misma manera que las vacunas contra la influenza estacional.
- Se anticipa que serán tan seguras y eficaces como las vacunas contra la influenza estacional.
- No previenen enfermedades "similares a la influenza" causadas por otros virus.
- No previenen la influenza estacional.

Usted también debe recibir la vacuna contra la influenza estacional si quiere protegerse de la influenza estacional.

La vacuna viva atenuada de administración nasal (o LAIV) se aplica en la nariz con un atomizador. Esta hoja describe la vacuna viva atenuada de administración nasal.

También está disponible una vacuna **inactivada**, que se aplica mediante una inyección. Esa vacuna se describe en otra hoja informativa.

La vacuna viva atenuada contra la influenza 2009 H1N1 no contiene tiomersal ni otros conservantes. Está autorizada su aplicación en personas de 2 a 49 años de edad.

El virus que contiene la vacuna está atenuado (debilitado) por lo que no causa la enfermedad.

4. ¿Quién debe recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 y cuándo?

QUIÉN

La vacuna viva atenuada contra la influenza está autorizada para aplicarse a personas de 2 a 49 años de edad que no estén embarazadas y que no tengan ciertas afecciones médicas (vea el punto número 5 a continuación). Los grupos a los que se recomienda administrar primero la vacuna viva atenuada contra la influenza 2009 H1N1 están compuestos de personas saludables que:

- tengan entre 2 y 24 años de edad,
- tengan entre 25 y 49 años de edad y
 - que vivan con bebés menores de 6 meses de edad o que cuiden de ellos o
 - sean personal de atención médica o de servicios médicos de emergencia.

A medida que se disponga de más vacunas, se podrán vacunar otras personas saludables entre los 25 y 49 años de edad.

El gobierno federal está ofreciendo esta vacuna para las personas que la quieran recibir en forma voluntaria. Sin embargo, las leyes estatales o los empleadores pueden requerir la vacunación de ciertas personas.

CUÁNDO

Vacúnese tan pronto como la vacuna esté disponible.

Los niños hasta los 9 años de edad deben recibir **dos dosis** de la vacuna, con un intervalo de aproximadamente un mes.

Los niños de más edad y los adultos solo necesitan una dosis.

Nota: Aunque ciertos grupos no deben recibir la vacuna viva atenuada, por ejemplo, mujeres embarazadas, personas con problemas de salud de larga duración y niños de 6 meses a 2 años de edad, es importante que se vacunen. Estas personas deben recibir la vacuna contra la influenza.

5. Algunas personas no deben vacunarse o deben esperar

Usted no debe recibir la vacuna viva atenuada contra la influenza 2009 H1N1 si tiene una **alergia grave (que puede ser mortal) a los huevos o a cualquier otra sustancia que contenga la vacuna.** *Dígale a la persona que le esté aplicando la vacuna si usted tiene alguna alergia grave.*

La vacuna viva atenuada contra la influenza 2009 H1N1 no debe ser administrada a los siguientes grupos de personas.

- Niños menores de 2 años y adultos de 50 años o más
- Mujeres embarazadas,
- Toda persona con un sistema inmunitario debilitado,
- Toda persona con un problema de salud de larga duración como:

- enfermedades cardíacas,
- enfermedades de los riñones o el hígado,
- enfermedades pulmonares,
- enfermedades metabólicas, como la diabetes,
- asma,
- anemia y otros trastornos sanguíneos.

- Niños menores de 5 años con asma o que hayan tenido uno o más episodios de sibilancias durante el año anterior.
- Toda persona con ciertos trastornos musculares o del sistema nervioso (como parálisis cerebral infantil) que puedan causar problemas para respirar o tragar.
- Toda persona en contacto cercano con otra que tenga un sistema inmunitario *gravemente* debilitado (que requiera recibir cuidados en un ambiente protegido, como en una unidad de trasplante de médula ósea),
- Niños o adolescentes en tratamiento prolongado con aspirina.

Si usted está grave o moderadamente enfermo, podrían recomendarle que espere hasta que se recupere antes de recibir la vacuna. Si tiene un resfriado leve u otra enfermedad leve, generalmente no hay necesidad de esperar.

Dígale a su médico si alguna vez ha tenido:

- Una reacción alérgica potencialmente mortal después de recibir una dosis de la vacuna contra la influenza estacional.
- El síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad paralizante grave también llamada en inglés GBS).

Estas podrían no ser razones para no recibir la vacuna, pero el personal médico puede ayudarle a decidir.

La vacuna viva atenuada contra la influenza 2009 H1N1 se puede aplicar al mismo tiempo que la mayoría de las otras vacunas. Dígale a su médico si le aplicaron alguna otra vacuna durante el mes pasado o si piensa aplicarse alguna en el próximo mes. La vacuna viva atenuada contra la influenza H1N1 y la influenza estacional no se deben aplicar al mismo tiempo.

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

Una vacuna, como todo medicamento, podría causar un problema serio, como una grave reacción alérgica. Pero el riesgo de que alguna vacuna cause un daño grave o la muerte, es extremadamente pequeño.

Se anticipa que los riesgos de la vacuna viva atenuada contra la influenza 2009 H1N1 sean similares a los de la vacuna viva atenuada contra la influenza estacional:

Problemas leves: Algunos niños y adolescentes entre 2-17 años de edad han indicado presentar reacciones leves como:

- secreción nasal o moqueo, congestión nasal o tos
- fiebre
- dolor de cabeza y dolores musculares
- sibilancias
- dolor abdominal o en ocasiones vómito o diarrea Algunos adultos entre 18-49 años de edad han indicado presentar:
- secreción o congestión nasal
- dolor de garganta
- tos, escalofríos, cansancio/debilidad
- dolor de cabeza

Problemas graves:

- Las reacciones alérgicas potencialmente mortales a la vacuna son muy inusuales. Si ocurren, generalmente se presentan entre unos cuantos minutos a unas cuantas horas después de la vacunación.
- En 1976, una versión anterior de la vacuna contra la influenza porcina fue asociada a casos del síndrome de Guillain-Barré (GBS). La vacuna viva atenuada contra la influenza no ha sido asociada a este síndrome.

7. ¿Qué hago si ocurre una reacción grave?

¿De qué debo estar pendiente?

De todo signo inusual, como fiebre alta o cambios en la conducta. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, urticaria, palidez, debilidad, latidos rápidos del corazón o mareo.

¿Qué debo hacer?

- **Llame** a un médico o lleve a la persona al médico de inmediato.
- **Dígale** al médico lo que ocurrió, la fecha y la hora en que pasó, y cuándo se administró la vacuna.
- **Pídale** a su proveedor de atención médica que reporte la reacción llenando un formulario en el Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (*Vaccine Adverse Event Reporting System* o VAERS). Usted también puede reportar esta situación visitando el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llamando al **1-800-822-7967**.

El VAERS no ofrece consejos médicos.

8. Compensación por lesiones causadas por las vacunas

Si usted o su niño tiene una reacción a la vacuna, la capacidad que usted tiene de demandar es limitada por ley. Sin embargo, se ha creado un programa federal para ayudar a pagar por la atención médica y otros gastos específicos de ciertas personas que tengan una reacción grave a esta vacuna. Para obtener más información sobre este programa, llame al **1-888-275-4772** o visite el sitio web del programa en: <http://www.hrsa.gov/countermeasurescomp/default.htm>.

9. ¿Cómo puedo obtener más información?

- Pregúntele a su proveedor de atención médica. El personal médico le puede dar la información que viene dentro de la caja de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su 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 <http://espanol.cdc.gov/enes/h1n1flu> o <http://www.cdc.gov/flu>

-Visite la siguiente página de Internet: <http://www.flu.gov>

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Declaración de información sobre la vacuna

Vacuna viva atenuada contra la influenza 2009 H1N1 10/2/09

Live, Intranasal 2009 H1N1 Influenza Vaccine

<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/downloads/vis-laiv-h1n1-sp.pdf>

DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE HIGIENE MENTAL DE MARYLAND
Y SU INFORMACION DE SALUD

NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTA ES PARA INFORMARLE A USTED COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALA CON CUIDADO.

Salvaguardando su Información de Salud Protegida

El Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland (DHMH) esta comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado médico, DHMH le pedirá información acerca de su salud. Esa información se pondrá en su registro médico. El registro médico contiene generalmente sus síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico y tratamiento. Esa información llamada su registro médico es legalmente regulada como información de salud y puede ser usada con varios propósitos. DHMH debe seguir las prácticas de privacidad en esta Nota, aunque DHMH reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los terminos de esta Nota en cualquier momento. Usted puede pedir una copia de nuestra última Nota de Prácticas de Privacidad de DHMH. Esta Nota también esta disponible en nuestro sitio de internet en <http://www.dhmh.state.md.us/>

Cómo DHMH Puede Usar y Revelar su Información de Salud Protegida

Los empleados de DHMH sólomente usaran su información de salud como parte de su trabajo. DHMH debe obtener su autorización por escrito para usar su registro médico en cualquier otra manera, a menos que la ley lo requiera o lo permita. Algunos ejemplos de usos y revelaciones de su información de salud son:

Los Usos y las Revelaciones con relación a Tratamiento, Pago, u operaciones de Cuidado Médico

Para el tratamiento: DHMH puede usar o compartir su información de salud para aprobar o negar tratamiento, y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de asistencia médica de DHMH podrian necesitar hacer una revisión de su tratamiento con su doctor regular a resultado de una necesidad médica o para coordinar bien su cuidado.

Para obtener pago: DHMH puede usar o compartir su información de salud para facturar u obtener pago por servicios de cuidado médico y para determinar si usted tiene derecho a esos servicios. Por ejemplo, su proveedor de cuidado médico puede mandar la cuenta para obtener pago por los servicios médicos que usted ha recibido.

Para operaciones de cuidado médico: DHMH puede usar y compartir su información de salud para verificar la calidad de nuestros servicios, o para nuestros interventores de cuentas del estado o federales.

Otros Usos y Revelaciones de Información de Salud Requeridos o Permitidos por la ley

Requerido por la ley: DHMH puede revelar información de salud cuando sea requerido por la ley.

Con Propósito de información: a menos que usted nos diga que no, DHMH puede mandar recordatorios de citas y otros materiales de programas a su hogar.

Actividades publicas de Salud: DHMH puede revelar su información de salud cuando DHMH es requerido a obtener o a reportar información sobre enfermedades, heridas o para reportar estadísticas esenciales a otras divisiones del Departamento de Salud o a otras agencias publicas de salud.

Actividades de supervision de salud: DHMH puede revelar su información de salud a otras divisiones en el Departamento o a otras agencias que proporcionan supervisión requerida por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervision son las revisiones, las inspecciones, las investigaciones, y licenciaturas.

Córoner, revisadores médicos, directores de funerales y donaciones de órganos: DHMH puede revelar su información de salud acerca de muerte a córoneres, revisadores médicos, o directores de funeral. Podemos compartir también información con ciertas organizaciones acerca de transplante de órganos, ojos, o donativos de tejido.

Propósitos de Investigacion. En ciertas circunstancias y bajo la supervisión de nuestra Mesa Institucional de Revisión u otro grupo designado de la privacidad. DHMH puede revelar información de salud para ayudar con alguna investigación médica.

Prevenir amenazas a la salud o la seguridad: Para poder evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, DHMH puede revelar información de salud según sea necesario a la ley o a otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.

Abuso y Descuido: DHMH revelará su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos que usted quizás sea una víctima de abuso, de descuido, de violencia doméstica, o de algún otro crimen. DHMH puede revelar su información de salud según sea necesario para prevenir alguna amenaza grave de salud o de la seguridad de usted o de otros.

Funciones específicas del gobierno: En algunas situaciones DHMH puede revelar la información de salud del personal militar y de veteranos, y a facilidades correctionales. Podemos revelar también información para la matriculación a programas de beneficio del gobierno, y por razones de seguridad nacional, como para proteger al Presidente.

La familia, los amigos o otros implicados en su cuidado: DHMH puede compartir su información de salud con gente si ellos están implicados en su cuidado o en el pago de su cuidado. DHMH puede compartir también su información de salud con gente para notificarlos acerca de su ubicación, de su condición general, o de su muerte.

Compensación del trabajador: DHMH puede revelar información de salud a los programas de la compensación del trabajador que proporcionan beneficios por heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar culpas.

Directorios de pacientes: El plan de salud bajo el que usted está inscrito no mantiene un directorio para los visitantes o personas que llaman preguntando por usted. Usted no será identificado a una persona que llameo visitantes desconocidos sin su autorización.

Casos legales, las disputas y las demandas: Si usted está implicado en un caso legal, en una disputa, o en una demanda, DHMH puede revelar su información de salud en respuesta a un tribunal o la orden administrativa, la citación, el pedido del descubrimiento, la investigación de una demanda puesta para usted, o en otro proceso legal.

La aplicación de la ley: DHMH puede revelar su información de salud a un oficial de la ley si la ley lo requiere, o en respuesta a una citación.

Usted Tiene el Derecho a:

Pedir las restricciones. Usted tiene el derecho de pedir que DHMH restrinja la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted. DHMH honorará su pedido si es posible, pero no es requerido legalmente que estemos de acuerdo a su pedido de restricción. Si DHMH concuerda a una restricción, nosotros lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia.

Pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedir que DHMH le mande información a una dirección diferente o en una manera diferente. Nosotros debemos concordar en hacer así, si es razonablemente fácil.

Inspeccionar y copias. Usted tiene el derecho de ver su información de salud cuando usted lo pide en forma escrita. Si usted quiere copias de su información de salud, nosotros le podemos cobrar un honorario por copiar, dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene el derecho de escoger qué partes de su información usted quiere que sea copiado y de saber el costo de las copias antes que nosotros los hagamos.

Pedir una enmienda. Usted puede pedir a DHMH en forma escrita, que correcciones o que le añadan a su registro de la salud. DHMH puede negar el pedido si se decide que la información de la salud: (1) es correcta y esta completa; (2) no fue creada por nosotros y/o no es parte de nuestros registros; (3) no puede ser revelada. Si DHMH concuerda con los cambios que usted solicitó, cambiaremos su registro y le informaremos a usted y le diremos también a los otros que necesitan saber acerca del cambio en su información de salud.

Contabilidad de revelaciones. Usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de su información de salud hechas después del 14 de abril del 2003. Las excepciones son información de salud que se ha utilizado en el tratamiento, pagos y operaciones. DHMH no le tiene que listar las revelaciones que le hicimos a usted o que fueron pedidas en forma escrita por usted, o proporcionadas para la seguridad nacional, a oficiales de la ley o a facilidades de la correctional. No habrá cobro por una de estas listas anualmente.

Nota: Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta Nota y/o una copia por correo electrónico.

Para Más Información

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con guías de las actas de los Americanos con Incapacidades. Si tiene preguntas y le gustaría más información usted puede avisar:

(Mete el nombre y número del Negocio Designado) _____

Para Informar de algún Problema con nuestras Prácticas de la privacidad

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede poner una queja.

- Usted puede poner una queja con el Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland, la División de la Conformidad Corporativa llamando al 1-866-770-7175.
- Usted puede poner una queja con el Secretario de los EE.UU. El Departamento de Salud y de Servicios Humanos, la Oficina de Derechos Civiles. Usted puede llamar el Departamento Salud y de Higiene Mental de Maryland para obtener la información del contacto.

DHMH no tomará acción vengativa contra usted si usted pone una queja.