



Formulario de Matrícula

Nombre de miembro: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Sexo: _____

de Medicaid (seguro médico popular): _____

Empresa: _____

de Seguridad Social: _____

Escuela: _____

Nombre de padres o tutor: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Empresa: _____

Email: _____

Empresa: _____

La información siguiente se utilizará solamente para propósitos de beca

Sueldo: Es el sueldo de la casa entera MÁS o MENOS que \$23,850?

Raza/Identidad Étnica:

Anglosajón

Nativo de la Polinesia

Afro americano

Indio americano

Hispano

Nativo de Alaska

Asián

Otra _____

Contactos de la comunidad

Proveedor de residencia: _____

Nombre de contacto: _____

Teléfono: _____

Centro de cuidado para adultos actual: _____

Nombre de

contacto: _____



Teléfono: _____

Nombre de
conductista: _____

Teléfono: _____

¿Hay plan de comportamiento? SÍ NO

Psicólogo: _____

Teléfono: _____

Médico: _____

Teléfono: _____

Especialización: _____

Médico: _____

Teléfono: _____

Especialización: _____

Díganos de su miembro

¿Su dependiente tiene problemas sensoriales?

¿Qué motiva a su miembro cuando está en un ambiente educativo?

¿Cuáles son las 3 metas que quiere que realice su dependiente por participar en la programación de Síndrome de Down de Louisville (DSL)?



¿Tiene su dependiente problemas de conducta que necesitan consideración?

¿Tiene su dependiente algún problema de aseo personal que necesita consideración?

¿Tiene su dependiente algún problema de comer que necesita consideración?

¿Tiene su dependiente problemas de escaparse?



Preocupación por Salud, Seguridad, y Bienestar

Problema:

Prevención:

Intervención:

Información medicinal
(Apunte medicinas e instrucciones de su dependiente)

Comunicación
(¿Cómo se comunica su dependiente? ¿Utiliza algún aparato de comunicación?)



Consentimiento y Avisos

Nombre de miembro: _____
Fecha de nacimiento: _____
Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, y código postal: _____
Programa(s): _____

Consentimiento para programas

Yo, _____, el/la padre o tutor de _____,
doy consentimiento al Síndrome de Down de Louisville (DSL) para proveer servicios y
dar evaluaciones para programación para (nombre de
miembro) _____.

Consentimiento de fotografiar

Yo, _____, digo SÍ o NO (dibuje un círculo alrededor) que el
Síndrome de Down de Louisville puede fotografiar o grabar a
_____, de quien soy el padre o
tutor.

Confirmación de tener Manual Familiar

Yo, _____, el padre o tutor de _____,
reconozco que he revisado y entiendo las normas y prácticas escritas en el manual
familiar para el Centro de Apoyo Vitalicio de Síndrome de Down de Louisville. Mi firma
abajo confirma que estoy de acuerdo de seguir estas normas y prácticas en el manual
familiar.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de testigo de DSL: _____ Fecha: _____



HIPAA

The signature below confirms that _____, the parent/guardian of _____, has received a copy of Down Syndrome of Louisville's Privacy Practices under HIPAA.

La firma abajo confirma que _____, el padre/tutor legal de _____ ha recibido una copia de HIPAA Información y Formulario de Consentimiento de Síndrome de Down de Louisville.

Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma de testigo de DSL

Fecha

Según HIPAA, no podemos dejar mensajes ni hablar con nadie que no sea un miembro (si es un adulto) o el padre/tutor del miembro. Con el permiso por escrito del padre/tutor del miembro, podemos hacer lo contrario. Complete este formulario para que podamos brindarle un servicio más eficiente.

¿Podemos dejar un mensaje en su teléfono de casa/celular/trabajo?
 SÍ NO

¿Podemos enviar información por correo a la dirección proporcionada en el formulario de matrícula?
 SÍ NO

¿Podemos discutir el progreso del miembro con alguien que no sea usted?
 SÍ NO

En caso afirmativo, indique a quién puede contactar Síndrome de Down de Louisville. Escriba el nombre, el número de teléfono y la relación a continuación.

	Nombre	Numero	Relacion
1.	_____		
2.	_____		



3. _____

Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma de testigo de DSL

Fecha

MANTENGA EN CASA PARA SUS REGISTROS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA (LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO, 1996)

Este aviso describe la información que recopilamos, cómo usamos esa información y a quién podemos divulgarla. **POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

Tipos de información que recopilamos y cómo la recopilamos

DSL recopilará información personal, de salud y financiera sobre el participante de la exención y su familia. Esta información a veces se denomina información de salud protegida o información de salud personal (PHI). Esta información generalmente la recopila el personal administrativo de Down Syndrome of Louisville.

La información de salud personal/protegida (PHI) incluye y se relaciona con:

- **Condiciones de salud física, médica o mental pasadas, presentes y futuras**
- **Pago pasado, presente o futuro por la atención o los servicios recibidos; y la atención y los servicios prestados.**

La ley exige que DSL mantenga la privacidad de la información de salud y que le informe sobre sus deberes y prácticas de privacidad. Este aviso describe algunas de las formas en que DSL puede usar o divulgar información médica personal y los derechos relacionados con la información médica.

Fecha de vigencia y cambios al Aviso de privacidad

Esta práctica entró en vigencia el 14 de abril de 2003. Se requiere que Síndrome de Down de Louisville siga los términos de este Aviso hasta que se revise. Síndrome de Down de Louisville puede revisar o cambiar el contenido de este Aviso en cualquier momento. Si lo hace, el nuevo aviso estará disponible dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia del cambio.



La mayoría de los propósitos para los cuales Down Syndrome of Louisville usa o divulga rutinariamente información de salud se describen en otros formularios de consentimiento que usted firme. Este Aviso de prácticas de privacidad NO reemplaza esos formularios de consentimiento. Down Syndrome of Louisville continuará buscando su consentimiento para usar o divulgar información de salud como se describe en estos formularios de consentimiento y según lo exigen las disposiciones de privacidad de la Ley de mejora de la educación para personas con discapacidades.

A. Uso o divulgación de información de salud personal

DSL continuará obtener su consentimiento para la mayoría de los usos y divulgaciones, incluidos los siguientes:

Tratamiento:

Síndrome de Down de Louisville obtendrá su consentimiento antes de divulgar información de salud a un proveedor para tratamiento. Por ejemplo, Down Syndrome of Louisville obtendrá el consentimiento antes de proporcionarle a un terapeuta ocupacional la información de salud o desarrollo en un registro de salud personal.

Pago:

Síndrome de Down de Louisville obtendrá su consentimiento antes de divulgar información de salud con fines de pago.

Operaciones de asistencia médica:

DSL continuará obteniendo su consentimiento antes de usar o divulgar información médica para realizar la mayoría de las operaciones de atención médica. Por ejemplo, DSL continuará obteniendo su consentimiento para divulgar información médica a médicos especialistas o subespecialistas en pediatría.

B. USOS O DIVULGACIONES SIN CONSENTIMIENTO PREVIO

DSL puede usar información médica sin consentimiento para los siguientes propósitos:

Operaciones de asistencia médica:

DSL puede usar o divulgar información médica según sea necesario para ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, DSL puede usar su información de salud para realizar actividades de control y control de calidad.

Cuando lo requiera la ley:

Síndrome de Down de Louisville puede divulgar información según lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, DSL puede divulgar información de conformidad con una citación del Gran Jurado Federal.



Programas de beneficios del gobierno:

Síndrome de Down de Louisville puede usar o divulgar información de salud según sea necesario para la administración de un programa de beneficios del gobierno como Medicaid.

Supervisión y Monitoreo Federal:

DSL puede divulgar información de salud a una oficina o agencia del gobierno federal en relación con las actividades de supervisión o supervisión del gobierno federal.

Emergencia:

DSL puede divulgar información de salud al personal médico o policial si la información es necesaria para evitar daños inmediatos.

Otros usos de la información/derechos de revocación:

Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican al Síndrome de Down de Louisville se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si otorga permiso a DSL para usar o divulgar información médica, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca la autorización, Down Syndrome of Louisville ya no usará ni divulgará información médica por ningún motivo que requiera su autorización por escrito. NOTA: Síndrome de Down de Louisville no puede retirar ninguna divulgación que ya haya hecho antes de procesar la solicitud de revocación.

Sus derechos con respecto a la información de salud

Derecho a inspeccionar y copiar: Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información de salud que tiene el Síndrome de Down de Louisville en lo que se refiere únicamente a la persona. Esto incluye registros médicos y de facturación. Debe enviar una solicitud por escrito a DSL e incluir un período de tiempo para el cual desea recibir sus registros. Se le puede cobrar una tarifa razonable, a menos que dicha tarifa le impida ejercer este derecho.

Derecho a solicitar enmienda: Tiene derecho a pedirle a DSL que modifique la información de salud que ha recopilado o conserva, si cree que es incorrecta o está incompleta. Si se aprueba su solicitud, su solicitud y la enmienda pasarán a formar parte de su registro permanente. Debe enviar su solicitud por escrito a DSL. Debe indicar la razón por la que solicita una enmienda.

Derecho a una lista de tipos y ubicaciones: Tiene derecho a solicitar una lista de los tipos y ubicaciones de la información de salud recopilada, utilizada o mantenida por Síndrome de Down de Louisville. Esta solicitud debe enviarse por escrito a DSL.



Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:

Tiene derecho a solicitar una lista de cada vez que Síndrome de Down de Louisville haya divulgado información de salud personal, a partir del 14 de abril de 2003, por motivos distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, u otros motivos previstos por la ley. Debe enviar su solicitud por escrito a DSL. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede exceder los seis años. Tenga en cuenta que se le puede cobrar una tarifa razonable, a menos que dicha tarifa le impida ejercer este derecho.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:

Tiene derecho a solicitar una restricción a la limitación de la información de salud que Síndrome de Down de Louisville usa o divulga para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Debe enviar su solicitud por escrito a Síndrome de Down de Louisville e indicar qué información desea. limitado y a quién se aplican los límites. NOTA: Síndrome de Down de Louisville no está obligado a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar métodos de comunicación:

Tiene derecho a solicitar que el Síndrome de Down de Louisville se comunique con usted de manera confidencial acerca de su información de salud personal en un medio diferente o en un lugar diferente. Por ejemplo, puede solicitar que Síndrome de Down de Louisville se comunique con usted con información confidencial solo en el trabajo o por correo electrónico. O comunicarse con usted en su propio idioma si no habla inglés.

Derecho a Recibir Copias Adicionales de este Aviso:

Tiene derecho a recibir copias adicionales de este Aviso si lo solicita. Para solicitar copias adicionales, comuníquese con Síndrome de Down de Louisville.

Derecho a Presentar una Queja:

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por el Síndrome de Down de Louisville, tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de privacidad que se indica a continuación. DSL no tomará represalias contra usted si presenta una queja.

OFICIAL DE PRIVACIDAD

Para recibir información adicional o presentar una queja ante el Síndrome de Down de Louisville, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.

Region IV-Atlanta
Roosevelt Freeman, Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Atlanta Federal Center, Suite 3B70



61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de padre/tutor legal: _____ Relación _____

Dirección particular: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Autorizo a Síndrome de Down de Louisville, Inc.

obtener información de liberar información a

Información médica, psicológica, educativa y social con el fin de

Desarrollo del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

Desarrollo de adaptación curricular significativa (IEP)

Planificación del programa

Evaluación

Desarrollo de los servicios de rehabilitación profesional

Desarrollo del plan de servicio de exención de SCL/MPW

Otra (especifica) _____

Información específica solicitada: _____

Limitación de tiempo: esta autorización vence un año después de la fecha de la firma o antes. Esta liberación está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa que va a hacer la revelación ya haya tomado medidas basándose en ella.



Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma de testigo de DSL

Fecha

Firma de revocación

Fecha

Política de quejas individuales

Si un miembro de DSL o su padre/tutor tiene inquietudes que deben resolverse, se deben seguir los siguientes procedimientos:

- I. Comunique sus inquietudes al proveedor de servicios involucrado.
- II. Si las inquietudes no se pueden abordar con el supervisor directo del proveedor de servicios involucrado.
- III. Si el supervisor directo del proveedor de servicios no puede abordar suficientemente las inquietudes, comunique las inquietudes al Director Ejecutivo/Director de Operaciones.
- IV. Si las inquietudes involucran al Director Ejecutivo/Director de Operaciones, se debe contactar a la Junta de Síndrome de Down de Louisville.
- V. El Director Ejecutivo/Director de Operaciones/Junta Directiva se comunicará con el miembro y el padre/tutor con respecto a la resolución de las inquietudes. En ese momento, se informará al miembro y al padre/tutor sobre sus derechos al debido proceso externo a la agencia, según corresponda para Kentucky e Indiana:

Kentucky

- a. Ombudsman (502) 564-5080
- b. Protección y Defensa 1(800) 372-2988
- c. Departamento de Servicios Basados en la Comunidad
(502) 633-1892

Indiana

- a. Ombudsman 1(800) 662-4484
- b. Protección y Defensa 1(800) 372-2988
- c. Administración de servicios familiares y sociales
1(800) 545-7763
- d. División de Servicios de Discapacidad y Rehabilitación
(317) 232-7842



Si el miembro y el padre/tutor desea reportar una queja formal sobre un proveedor de servicios o el Síndrome de Down de Louisville, deben hacerlo por escrito y enviarlo al Director Ejecutivo/Director de Operaciones. El Director Ejecutivo/Director de Operaciones se reunirá con la persona que presentó la queja dentro de los siete (7) días hábiles y abordará la queja y la resolución del problema.

He leído la Política y el procedimiento de quejas individuales anteriores para informar quejas dentro del Síndrome de Down de Louisville.

Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma de testigo de DSL

Fecha

Derechos del miembro

Los derechos de los participantes y de los padres/tutores reconocidos por el Síndrome de Down de Louisville incluirán:

1. El derecho a acceder a información precisa y fácil de leer.
2. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto y a mantener la propia dignidad e individualidad.
3. El derecho a expresar quejas y reclamos con respecto a los servicios y apoyos que se brindan sin temor a represalias, discriminación, coerción o represalia.
4. El derecho a elegir proveedores de servicios aprobados.
5. El derecho a aceptar o rechazar los servicios.
6. El derecho a ser informado y participar en la preparación del Plan de Atención Centrada en la Persona y cualquier cambio en los planes de atención y servicios prestados.
7. El derecho a ser informado de los proveedores que prestarán los servicios y la frecuencia y duración de los servicios.
8. El derecho al tratamiento confidencial de toda la información, incluida la información en los registros del participante.
9. El derecho a recibir servicios de acuerdo con el Plan de Atención Centrada en la Persona actual.
10. El derecho a ser informado del nombre, negocio, número de teléfono y dirección comercial de la persona que supervisa los servicios y cómo contactar a la persona.
11. El derecho a que la propiedad y la residencia sean tratadas con respeto.
12. El derecho a ser informado de cualquier responsabilidad de costo compartido y cualquier consecuencia si no se paga cualquier costo compartido.
13. El derecho a revisar los registros del participante individual a pedido.
14. El derecho a recibir servicios adecuados y apropiados sin discriminación.



15. El derecho a estar libre de abuso mental, verbal, sexual y físico, negligencia, explotación, aislamiento, castigo corporal, incluida la interferencia con las funciones diarias de la vida.
16. El derecho a estar libre de restricciones mecánicas, químicas o físicas.
17. El derecho a vivir y trabajar en un entorno integrado.
18. El derecho al tiempo, espacio y oportunidad para la privacidad personal.
19. Los derechos de comunicarse, asociarse y reunirse en privado con la persona de su elección.
20. El derecho a enviar y recibir correo sin abrir.
21. El derecho al uso privado y accesible de un teléfono o teléfono celular.

Reconozco que los derechos anteriores han sido revisados y explicados y que entiendo estos derechos.

Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma de testigo de DSL

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y CONTACTOS

En caso de una emergencia o cuando el tratamiento médico sea necesario, DSL proporcionará Primeros Auxilios, RCP y/o se comunicará con los Servicios Médicos de Emergencia. me gustaría tener que _____ haya transportado al siguiente hospital si hay necesidad de servicios médicos de emergencia::

Nombre de hospital: _____

En caso de emergencia, se llamará primero al padre/tutor del miembro de DSL, a menos que se indique lo contrario por escrito.

Nombre de miembro: _____

Nombre de padre/tutor legal: _____

Indique tres personas con parentesco con el miembro, en el orden en que deben ser llamados, si no se puede contactar al padre/tutor en una situación de emergencia:



DOWN SYNDROME OF LOUISVILLE

SERVING LOCALLY, SHARING GLOBALLY

1. _____ Telefono: _____
 2. _____ Telefono: _____
 3. _____ Telefono: _____

La firma a continuación indica que esta información ha sido proporcionada por el padre/tutor del miembro de DSL mencionado anteriormente y da su consentimiento para permitir que DSL brinde tratamiento de primeros auxilios/RCP y busque servicios médicos de emergencia según sea necesario.

 Firma de padre/tutor legal Fecha

 Firma de testigo de DSL Fecha

Información médica de salud

(Este formulario debe ser completado anualmente)

Nombre de miembro: _____ Edad: ____ Fecha _____

Completado por: _____ Relación con miembro _____

Enumere los médicos que brindan atención al miembro y los medicamentos que toma.

Doctor: _____ Especialidad _____
 Última vez visto _____

Doctor: _____ Especialidad _____
 Última vez visto _____

Doctor: _____ Especialidad _____
 Última vez visto _____

Medicación _____ Dosis _____
 Frecuencia tomada _____

Medicación _____ Dosis _____
 Frecuencia tomada _____

Medicación _____ Dosis _____
 Frecuencia tomada _____

Alergia a medicacion No SI _____

Otra alergia No SI _____



¿Ha tenido el miembro alguna vez un problema con o ha sido tratado por...?
(Marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|--------------------------------|---|------------------------|---|
| Cardiopatía | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Presión arterial | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Ojos/Visual | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Respiratorio | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Oído | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Muscular/esqueletico | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Pronunciación/Habla | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Espasmos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Desarrollo/Crecimiento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Herida en la cabeza | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Circulación | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Estomago/Intestino | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Diabetes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Neurológico/Convulsión | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Cáncer | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Cirugías Previas | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Piel | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Anemia/Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Riñón/Vejiga | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |
| Endocrino/tiroides | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI | Ginecologico/próstata | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI |

Estado nutricional

- Peso actual _____ Actual Declarado Sin cambios de peso en los últimos 3 meses.
 Ganó _____ libras. en los últimos 3 meses.
 Altura actual _____ Actual Declarado Perdió _____ libras. en los últimos 3 meses.

- ¿Cómo describiría el apetito del miembro? Bueno Justo Pobre
 ¿El miembro tiene problemas con el colesterol o el azúcar en la sangre? No Sí
 ¿El miembro sigue una dieta especial? No Sí

En caso de emergencia, se llamará al 911. También se contactará a los padres/tutores. Indique el hospital preferido en caso de que el miembro necesite ser transportado en ambulancia.

Formulario de alergia

Nombre de miembro: _____

Sin alergias conocidas

Es alérgico a

En caso de una reacción alérgica, el miembro del personal de DSL debe:

 Firma de padre/tutor legal

 Fecha



**DOWN SYNDROME
OF LOUISVILLE**
SERVING LOCALLY, SHARING GLOBALLY

Firma de testigo de DSL

Fecha



Autorización de comunicación por correo electrónico

Nombre de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Autorizo a las entidades contratadas por Síndrome de Down de Louisville y MDE (memorando de entendimiento) a utilizar la dirección de correo electrónico mencionada anteriormente para enviar la información necesaria para respaldar los servicios e información de salud personal con respecto al participante mencionado anteriormente.

Entiendo que al proporcionar mi dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos y materiales en la dirección indicada anteriormente.

Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi cuenta de correo electrónico, y que las entidades contratadas por Síndrome de Down de Louisville y MDE no pueden ser responsables de los correos electrónicos que no lleguen a mi dirección anterior.

Entiendo que la comunicación por correo electrónico no es segura y que otros miembros del hogar con cuentas de correo electrónico compartidas pueden ver mi información personal, incluidos los archivos adjuntos a los correos electrónicos.

Entiendo que la transmisión electrónica de información por correo electrónico no es segura y que la información personal puede ser vista por personas no autorizadas.

Entiendo que puedo revertir esta autorización poniéndome en contacto con DSL o las entidades contratadas por MDE en cualquier momento.

Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma de testigo de DSL

Fecha