



Fundación de Niños

Aplicación de Membresía Familiar

Pasando de simplemente sobreviviendo a verdaderamente prosperando.

¡Hasta que se encuentre la cura!

Aplicación de Membresía Familiar

Parte 1: Lo Esencial sobre Bounce

Parte 2: Código de Conducta, Guías de Cancelación, Política de Agradecimiento y Política de Tres Fallas

Parte 3: Acuerdo de Membresía

Parte 4: Aplicación de Membresía

Parte 5: Aprobación de Uso de Fotos/Videos

Parte 6: HIPAA Autorización para el Uso/Revelación de Información Médica Protegida

Construyendo comunidad para niños con enfermedades crónicas y sus familias, pasando de sobrevivir a prosperar, hasta que se encuentre la cura.

Bounce le la bienvenida a toda su familia: Al Niño/A la Niña Bounce (su hijo/a quien lucha contra la enfermedad crónica), a los Hermanos Bounce (los hermanos sanos) y a los Padres Bounce (¡usted!).

Con Bounce, la diversión y la amistad reemplazan el dolor, el miedo y el aislamiento. Nuestros programas están diseñados para unir a su familia con otros niños y familias Bounce, tanto física como virtualmente, para reír, aprender, reducir la frustración, hacer frente, construir resiliencia y prosperar. La membresía es 100% GRATIS para todos los miembros de Bounce y su familia es parte de nuestra familia hasta que su hijo/a Bounce llegue a la edad adulta.

Por favor tome aproximadamente 10 minutos para completar esta aplicación y devuélvala diligenciada. Si tiene preguntas contáctenos a 844-6-BOUNCE o Info@BounceChildrensFoundation.org. Una vez recibida su aplicación, la revisaremos dentro del plazo de una semana y posteriormente le enviaremos un correo electrónico de confirmación.

Prepárese para:

- Divertirse
 - Ser Visto, Oído y Entendido
 - Sentirse con más fuerza y esperanza
 - Crear amistades que durarán toda la vida
 - ... y ¡Pertenercer!

Parte 1: Lo Esencial sobre Bounce

PROGRAMAS *BOUNCE*:

***Bounce Bash*[™]: Aventuras familiares que transforman el día a día en una experiencia única**

Saque a su familia de la casa, diviértanse juntos, tal vez incluso hagan nuevos amigos y ¡deje la coordinación para nosotros! Las aventuras familiares de *Bounce Bash* [™] ofrecen diversión para todos los asistentes y están especialmente diseñadas para permitir la participación de niños con necesidades especiales. Mientras que su hijo/a Bounce tiene una pausa en su realidad de aterradoras visitas médicas, terapias dolorosas y tratamientos con efectos secundarios extenuantes, sus hijos sanos descubrirán que no están solos en este camino y que también pueden disfrutar y relajarse.

***Bounce It Forward*[™]: Diversión inesperada para toda la familia**

Sabemos que usted no puede planificar con seis meses de anticipación o incluso seis semanas antes, así que nos hemos apoyado en una red de personas/organizaciones generosas para que donen boletos que no van a ser utilizados. Ahora usted y su familia pueden asistir a eventos populares, incluyendo deportes de la Liga Mayor, teatro y otras producciones únicas, que de lo contrario podría perderse. *Bounce It Forward* [™] provee salidas sorpresa que proporcionan diversión inesperada, restauran el optimismo y crean recuerdos inolvidables para toda la familia.

***Bounce Back Kits*[™]: Distracción familiar para el aburrimiento**

Cuando las órdenes del médico o simplemente la necesidad médica tienen a su familia encerrada en casa, el aburrimiento, la frustración y la ansiedad se propagan rápidamente en todo el hogar. Rompa la monotonía y combata el aburrimiento con kits llenos de diversión que animan el espíritu y proveen herramientas para la construcción de resiliencia. Los kits temáticos de fiestas nacionales serán enviados a todas las familias Bounce. Los kits distribuidos en tiempos de seria intervención médica, para reconocer fechas importantes o proporcionar un impulso adicional durante una época difícil pueden solicitarse en cualquier momento. Ofreciendo "inspiración en una caja" para toda la familia, los kits incluyen artículos tales como juegos, libros, películas, manualidades, proyectos de matemáticas, ciencia y tecnología, cupones, recetas, decoraciones y mucho más.

***Bounce Academy*[™]: Aprendiendo a ser valientes y a salir adelante**

Invierta en la resiliencia que necesita para salir adelante tanto usted como su familia. Aunque no hay una "varita mágica" para sobrellevar los desafíos de la enfermedad de su hijo/a, aprender ciertas habilidades puede ayudar de manera sustancial. *Bounce Academy* [™] reúne a expertos que le ayudarán a mejorar sus habilidades para hacer frente a situaciones difíciles tanto emocionales, intelectuales, psicológicas y financieras. ¿No quiere dejar a sus hijos en casa para asistir? ¡Tráigalos! *Bounce* ofrece actividades divertidas que fomentan la resiliencia en los niños Bounce y sus hermanos. Así mismo, es una manera de fortalecer sus amistades, contactarse con otros como usted y mantener a sus hijos seguros, entretenidos y cerca. ¡Todo en un mismo lugar!

Bounce Net™: Su conexión 24x7x365 y su red de seguridad

¿Necesita conectarse y no tiene un minuto libre? Nuestra comunidad segura y privada en línea, exclusivamente para los padres *Bounce*, siempre está disponible, asegurando su conexión cuando y donde más lo necesite. Celebre un triunfo, haga una pregunta, ayude a otros padres, obtenga consejos, comparta recursos, compare notas o simplemente desahóguese con otros padres Bounce. Bounce también publica las invitaciones de Bounce Bash™, las oportunidades para adquirir boletos a través de Bounce It Forward™ y el acceso a Bounce Academy™. Todo lo que necesita lo encuentra en un solo lugar y a solo unos pocos *clics*.

Parte 2: Código de Conducta, Guías de Cancelación, Política de Agradecimiento y Política de Tres Fallas

Bounce Bash™, *Bounce It Forward™*, *Bounce Back Kits™*, *Bounce Academy™*, *Bounce Net™* y toda la programación futura de Bounce (llamada "Programas de Bounce") son parte fundamental de la comunidad de Bounce. Bounce está comprometida a crear experiencias positivas para todos sus participantes y asegurar que el mayor número de miembros posible disfrute de los Programas de Bounce. Como tal, se espera que todos los participantes sigan a las siguientes reglas:

1. CÓDIGO DE CONDUCTA

- Trate a los demás con respeto, cortesía y consideración y exija lo mismo para usted y su familia de otras familias, invitados, personal y voluntarios.
- Utilice buen juicio, actúe con responsabilidad y obedezca las reglas del anfitrión del lugar/evento/actividad.
- Absténgase de consumir alcohol o fumar en los eventos.
- No use malas palabras.
- Los padres/guardianes serán responsables de todos los menores que lleven a los Programas de Bounce.
- Vístase adecuadamente para cada evento.

2. GUÍAS DE CANCELACIÓN

- Una vez que su reservación para uno de los Programas de Bounce este confirmada, esta reserva será exclusivamente para su familia.
- Si desea cancelar su reservación, debe hacerlo **por lo menos 72 horas antes del evento**, para darle tiempo al personal de Bounce de poder llenar la reservación.
 - Si su familia ha confirmado la reservación, no atiende y no notifica a Bounce de su cancelación, Bounce no puede ofrecer la oportunidad de participar en este Programa de Bounce a otra familia. El resultado será una reserva desperdiciada y dinero malgastado y aún más importante, la oportunidad perdida de que otra familia se divierta y conecte con otras familias.
- **Si su familia tiene una emergencia dentro del tiempo de cancelación de 72 horas (por ejemplo: enfermedad, hospitalización, muerte de un familiar, etc.) y no puede asistir, debe notificar inmediatamente a Bounce llamando al 844-6-BOUNCE (844-626-8623) con la siguiente información:**
 - Nombre del evento y fecha
 - Nombre y Apellido del niño(a) Bounce
 - Número total de personas en su reservación

3. POLÍTICA DE AGRADECIMIENTO

- Algunos de los Programas de Bounce requiere que los participantes colaboren en el agradecimiento enviado a los donantes. Esto incluye el programa *Bounce It Forward™* entre otros.

4. POLÍTICA DE TRES FALLAS

- Si su familia tiene reservación para asistir a uno de los Programas de Bounce, no asiste y no sigue las Guías de Cancelación (#2), o si su familia no cumple con la Política de Agradecimiento (#3), a su familia se le dará **una primera** notificación (strike). Si su familia recibe **tres** notificaciones (strikes) durante un año, no se le permitirá asistir a ningún programa de Bounce por lo menos por un año calendario, dejando la decisión de su futura participación a discreción de Bounce.

Parte 3: Acuerdo de Membresía

NOTA: Las Familias sólo podrán participar en los Programas de Bounce hasta que hayan completado, firmado y regresado Partes 3-6.

El siguiente Acuerdo de Membresía Familiar de Bounce (el "Acuerdo"), el cual estoy completando por mí mismo y por los miembros de mi familia, permanecerá vigente y podrá ser revocado por la Fundación de Niños Bounce ("Bounce") hasta el momento en el que notifique a Bounce por escrito de cualquier cambio o actualización:

- 1) **Participación en Programas de Bounce:** Yo, el abajo firmante o el padre o guardián legal de un participante menor de 18 años de edad, como participante en las actividades de Bounce, incluyendo pero no limitado a *Bounce Bash™* Aventuras Familiares, *Bounce It Forward™* oportunidad para compartir boletos, *Bounce Academy™* sesiones educativas, *Bounce Net™* programa/recursos, *Bounce Back Kits™* Paquetes de Recuperación, y/o otros futuros Programas de Bounce (colectivamente, los "Programas de Bounce"), entiendo que la participación en los Programas de Bounce es voluntaria y cualquier lesión que me ocurra a mi o a mi propiedad, incluyendo pero no limitado a muerte, robo y/o daños a mi propiedad mientras participo en todas y cada una de las actividades relacionadas con los Programas de Bounce, será mi propia responsabilidad. Si el abajo firmante es el padre o guardián de un menor, el abajo firmante se compromete a defender, indemnizar y mantener a Bounce, a sus afiliados y cada uno de sus respectivos funcionarios, directores, miembros, empleados, agentes y respectivos sucesores (colectivamente, los "Representantes de Bounce"), libres de culpa de cualquier inconveniente que el niño(a) pueda tener para cumplir plenamente con este Acuerdo o de cualquier intento de poner a prueba o cuestionar este Acuerdo.
- 2) **Permiso para Revelar el Estado de Salud:** Yo, el abajo firmante, le concedo a Bounce el derecho de revelar la condición médica de mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (según corresponda), en la medida necesaria para la preparación, cumplimiento y ejecución de todas las actividades relacionadas con los Programas de Bounce.
- 3) **Liberación, Renuncia e Indemnización:** Yo, el abajo firmante, irrevocablemente libero de responsabilidad alguna a Bounce y a los Representantes de Bounce y renuncio a cualquier reclamo que yo y mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (según corresponda) tenemos o tengamos en el futuro contra Bounce y/o contra los Representantes de Bounce, incluyendo cualquier reclamo que sea presentado por ley o equidad, daños o lesiones, causados o no por la negligencia de Bounce y/o cualquiera de los Representantes de Bounce. Así mismo, renuncio a cualquier reclamo que surja de o esté relacionados con este Acuerdo (incluyendo la participación en cualquier Programa de Bounce o cualquier función o actividad relacionada) y libero a Bounce de cualquier tipo de costo, incluyendo honorarios de abogado, incurridos como resultado de esta afirmación ("Asuntos de Liberación de Responsabilidad"). En caso de que algún tipo de acción legal sea tomada en contra de Bounce por mi parte y/o de mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (según corresponda), me comprometo a indemnizar a Bounce y a cualquier "Representante de Bounce" por daños o perjuicios. Esta Liberación de Responsabilidad ha sido ejecutada voluntariamente y reconocida por el abajo

firmante y se extiende a todos los reclamos contra Bounce y/o cualquiera de los Representantes de Bounce, ya sea conocido o desconocido.

Yo, el abajo firmante, me comprometo a mantener libre de culpa a Bounce y/o cualquiera de los Representantes de Bounce contra cualquier reclamo, demanda o acción que yo o mis hijo(s)/pupilo(s) (si el abajo firmante es un padre o guardián) o uno o más de mis familiares, sucesores, administradores, herederos, o cualquier tercera persona, podamos imponer y estén conectados con los Asuntos de Liberación de Responsabilidad e incurran en cualquier tipo de costo y gasto, incluyendo honorarios de abogado. Esta renuncia se extenderá a cualquier reclamo impuesto por otros contra mí, el firmante, y mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (si el firmante es un padre o guardián) y cualquier reclamo que incluya a los "Representantes de Bounce".

- 4) **Representaciones y Garantías:** Yo, el abajo firmante, como participante de Programas de Bounce o como padre o guardián legal del participante menor de 18 años de edad, garantizo la veracidad de las siguientes afirmaciones a Bounce:
 - a) Yo he dicho toda la verdad acerca de la(s) condición(es) médica(s) de mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (según corresponda) a Bounce.
 - b) Yo notificaré a Bounce si la condición médica de mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (según corresponda) se deteriora en cualquier momento antes de completar la participación en los Programas de Bounce.
 - c) Yo estoy cubierto, o durante la duración de los Programas de Bounce estaré cubierto, por un seguro médico completo y adecuado, incluyendo cualquier cobertura adicional que pueda ser necesaria como resultado de la participación de mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (según corresponda) en los Programas de Bounce o asumo el riesgo y la responsabilidad de no llevar un seguro médico adecuado.
 - d) Al pedirles a Bounce que yo y mi(s) hijo(s)/pupilo(s) (según corresponda) podamos participar voluntariamente en los Programas de Bounce, no estoy confiando en y no he recibido ningún consejo de Bounce con respecto a los riesgos asociados con los Programas de Bounce.

- 5) **Ley que Preside:** Este Acuerdo será precedido, interpretado e impuesto de acuerdo a las leyes del Estado de Illinois, sin tener en cuenta los conflictos que se puedan presentar con estas leyes.

- 6) **Copias Electrónicas:** El abajo firmante está de acuerdo en que una copia electrónica de la firma original se considera en todos los aspectos y formas como una firma original y tendrá la misma fuerza y efecto bajo la ley como la firma original. El abajo firmante está de acuerdo en que Bounce reserve el derecho de retener toda información de sus acuerdos con sus miembros electrónicamente.

- 7) **Miscelánea:** Este acuerdo vincula a todos los herederos, ejecutores, parientes, sucesores, y representantes de cada una y todas las partes aquí mencionadas. Este Acuerdo sólo puede ser modificado por escrito y firmado por Bounce.

IMPORTANTE: AL FIRMAR ABAJO, AFIRMO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO EL ACUERDO DE MEMBRESIA Y LAS REGALAS DE LOS PROGRAMAS DE BOUNCE Y ESTOY DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

Fecha: _____

Niño(a)/Niños(as) - Bounce Nombre(s) y Apellido(s): _____

Hermano/a Bounce 1 - Nombre y Apellido: _____

Hermano/a Bounce 2 - Nombre y Apellido: _____

Hermano/a Bounce 3 - Nombre y Apellido: _____

Hermano/a Bounce 4 - Nombre y Apellido: _____

Firma de Padre/Guardián 1: _____

Nombre y Apellido: _____

Firma de Padre/Guardián 2: _____

Nombre y Apellido: _____

Parte 4: Aplicación de Membresía Familiar de *Bounce*

Por favor complete una aplicación para cada niño(a) de Bounce que desee inscribir.

A. INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/GUARDIANES:

Nombre del Padre 1: _____ Apellido del Padre 1: _____

Nombre del Padre 2: _____ Apellido del Padre 2: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

Usted debe registrar un correo electrónico para que su solicitud sea procesada. Si no tiene correo electrónico, registre un correo electrónico de algún amigo o familiar puesto que todas las invitaciones, anuncios y actualizaciones de Bounce se envían por correo electrónico.

Correo Electrónico Padre1: _____

Correo Electrónico Padre2: _____

B. INFORMACIÓN DEL NIÑO(A) BOUNCE:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino: ___ Femenino: ___

Alergias o Necesidades Dietéticas: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundario: _____ Fecha del Diagnóstico: _____

Categoría del Diagnóstico (por favor marque todas las opciones que apliquen):

- VIH/Inmunológico
 Desorden de la Sangre
 Quemaduras
 Amputado
 Cáncer
 Cardíaco
 Diabetes/Endocrino
 Gasto Intestinal
 Desordenes genéticos
 Neurológico
 Ortopédico
 Respiratorio
 Otra: _____

Hospital/Clínica: _____ Médico: _____

Teléfono del Médico: _____ Fecha del Último Tratamiento: _____

Alergias o Requerimientos Nutricionales: _____

Uso de Silla de Ruedas: SÍ / NO Necesidades Especiales Adicionales: _____

¿Su niño(a) Bounce requiere la asistencia de una Enfermera/Asistente para participar en los Programas de Bounce? SÍ / NO

Edad cognitiva:

Bebés y niños pequeños (0-2 años) _____ Edad escolar (6-12 años) _____

Pre-escolar (3-5 años) _____ Adolescente (13-19 años) _____

Número aprox. de hospitalizaciones durante el año pasado: _____

Número aprox. de días en el hospital durante el año pasado: _____

Número aprox. de días que perdió de escuela el año pasado: _____

C. INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

Los programas de Bounce son únicamente para familiares inmediatos. Debido a la gran demanda para los Programas de Bounce, no podemos acomodar las solicitudes para los familiares no inmediatos como tías, tíos, primos, amigos, etc. Pueden hacerse excepciones enviando una solicitud por escrito para un familiar que viva en la casa y esté tiempo completo con el niño(a) Bounce y su familia inmediata. Sólo miembros de la familia escritos abajo serán elegibles para los Programas de Bounce.

| <u>Apellido</u> | <u>Nombre</u> | <u>Relación con el niño(a) Bounce</u> | <u>Sexo</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> |
|-----------------|---------------|---------------------------------------|-------------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |
| _____ | _____ | _____ | M / F | _____ |

Número Total de Adultos: _____

Número Total de Niños: _____



Por favor cuéntenos acerca de los pasatiempos de su familia, sus intereses, etc. Esto nos permitirá planear mejor los eventos e identificar sus intereses: _____

D. REFERENCIA:

Escriba por favor los datos de la persona que lo refirió a Bounce.

Nombre: _____ Cargo: _____

Hospital/Organización (si corresponde): _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

E. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

TENGA EN CUENTA QUE ESTA INFORMACIÓN AYUDA A NUESTROS ESFUERZOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS. SUS RESPUESTAS **NO** TENDRAN NINGÚN IMPACTO EN SU ACEPTACIÓN EN LA COMUNIDAD DE BOUNCE O CUALQUIERA DE SUS PROGRAMAS.

Etnicidad: _____ Nativo de Alaska _____ Indio Nativo Americano
 (marque todos los que apliquen) _____ Asiático _____ Afro Americano
 _____ Hispano/Latino _____ Isleño del Pacífico
 _____ Blanco/Caucásico Otro: _____

Ingreso Anual del Hogar: _____ Menos de \$15,000 _____ \$15,000 - \$25,000 _____ \$25,000 - \$35,000
 _____ \$35,000 - \$45,000 _____ \$45,000 - \$55,000 _____ Más de \$55,000

F. FIRMA :

Por favor firme y escriba la fecha para verificar que la información anterior está correcta y que usted ha leído y está de acuerdo con el Código de Conducta y las Guías de Cancelación.

Firma: _____

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

La Fundación de Niños Bounce se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de los datos personales de nuestros miembros. La información que a suministrado se utilizará para diseñar y ofrecer programas y servicios y para mantenerlo informado sobre cómo podemos ayudar a su familia. Según lo establecido en el Acuerdo de Membresía, Bounce se reserva el derecho de retener electrónicamente toda la información de membresía.

| | | |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| SÓLO PARA USO INTERNO: | | |
| Fecha Aplicación Firmada: _____ | Fecha Entrada en BD: _____ | Fecha Aplicación Procesada _____ |
| ¿Aplicación completa? Sí / NO | Info. que Falta: _____ | Procesado por: _____ |



Parte 5: Formulario de Aprobación del Uso de Fotos y Video



Conceder el Derecho de Publicidad: En consideración a la Fundación de Niños Bounce ("Bounce"), en cumplimiento de *Bounce Bash™* Aventuras Familiares, *Bounce It Forward™* oportunidad para compartir boletos, *Bounce Academy™* sesiones educativas, *Bounce Net™* programa/recursos, *Bounce Back Kits™* Paquetes de Recuperación, y/o otros futuros Programas de Bounce (colectivamente, los "Programas de Bounce"), yo, el abajo firmante, o padre o guardián legal de un/los participante(s) menor(es) de 18 años de edad, concedo a Bounce todos los derechos de cualquier tipo y carácter de usar, a través de los medios de comunicación ahora conocidos o en el futuro inventados o desarrollados y en diferentes idiomas, mi nombre o voz (o los de mis hijo(s)/pupilo(s)/menor(es) según corresponda), así como cualquier tipo de fotografía, vídeo y biografía que Bounce puede crear o tener en su posesión y considere oportunas (incluyendo pero no limitado a comerciales, material de mercadeo con propósitos promocionales y de recaudación de fondos). Estoy de acuerdo en que Bounce y sus representantes autorizados tienen el derecho a reproducir, producir trabajos derivados de, distribuir o mostrar y utilizar estos materiales en su totalidad o en parte de cualquier manera en los medios de comunicación (existentes o creado en el futuro). Renuncio al derecho a inspeccionar o aprobar cualquier uso del material y cualquier derecho a regalías u otra compensación derivada o relacionada con el uso del material. Estoy de acuerdo en indemnizar, eximir de responsabilidad, liberar y para siempre descargar a Bounce de todos los reclamos, demandas y causas de acción que yo o cualquier otra persona en mi nombre haga con relación a esta autorización.

NOTA: Restringir el uso de foto/video puede impedir que su familia sea invitada a ciertos Programas de Bounce. Si desea limitar o restringir el derecho de Bounce de publicar material en el que usted y su familia estén presentes, debe colocar sus iniciales abajo en el espacio correspondiente.

Esta Publicación está limitada en los siguientes aspectos:

(_____) Cualquier publicación de fotos/videos u otra información de identificación está prohibida. Si elijo prohibir la publicación de fotos u otra información de identificación, entiendo que se limitará la asistencia de mi familia a ciertos Programas de Bounce por discreción unilateral de Bounce.

IMPORTANTE: AL FIRMAR ABAJO, AFIRMO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL ACUERDO ANTERIOR. IRREVOCABLEMENTE, DOY CONSENTIMIENTO A BOUNCE PARA HACER USO DE MI IMAGEN, NOMBRE, BIOGRAFÍA, ANUNCIO Y VOZ EN FOTOGRAFÍAS, VIDEOS, ENTREVISTAS Y GRABACIONES DE SONIDO EN MATERIALES DE BOUNCE, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA PÁGINA WEB, FOLLETOS, MATERIALES PARA DONANTES, MEDIOS DE COMUNICACIÓN, BOLETINES, CARTAS Y CORREOS.

Nombre del Niño(a): _____ Fecha: _____
 Firma del Padre/Guardián: _____
 Nombre y Apellido: _____

Parte 6: HIPAA - Autorización para el Uso/Revelación de Información Médica Protegida

PARA: _____(Nombre del Médico)

RESPECTO A: _____(Nombre del Paciente)

(Fecha de Nacimiento del Paciente)_____

Autorizo a la Fundación de Niños Bounce ("Bounce") o cualquiera de sus representantes el uso y revelación de información médica protegida sobre el paciente, como se describe a continuación.

1. Información que puede ser usada/revelada: Toda información médica protegida relacionada con evaluaciones del médico para determinar que el paciente es médicamente elegible para los servicios de Bounce. Además, el médico está autorizado a llenar, firmar y proveer cualquier información médica a Bounce que ésta pueda requerir.

Yo autorizo a mi médico a revelar la siguiente información a Bounce o a sus representantes en la medida necesaria para que Bounce pueda determinar que el Paciente es elegible para servicios de Bounce:

- a. _____ Información/registros de salud relacionados con VIH/SIDA
 - b. _____ Información/registros de comportamiento o salud mental
 - c. _____ Diagnóstico de droga/alcohol, tratamiento, información de referencia
 - d. _____ Información/registros de pruebas genéticas
2. Personas autorizadas a usar/revelar información: El médico identificado anteriormente, así como su(s) representantes autorizados.
 3. Personas autorizadas para recibir información: Empleados u otros representantes autorizados de Bounce.
 4. Propósito por el cuál la información será usada/revelada: Para permitir que Bounce pueda obtener: (a) evaluaciones del médico sobre si el paciente es médicamente elegible para participar en programas ofrecidos por Bounce (b) información necesaria y pertinente a este acuerdo.
 5. Esta autorización expira (fecha): _____. Si no se especifica, este acuerdo expira en un año después de la fecha de firma (fecha):_____.

6. Declaraciones requeridas por HIPAA: Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud, reconozco lo siguiente:
- a. Yo entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que he autorizado a ser revelada en esta autorización. En el evento en que me niegue a autorizar la distribución de la información descrita anteriormente, entiendo que no será revelada excepto por lo estipulado por la ley.
 - b. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi acción de negarme no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios del médico o proveedor de servicios médicos.
 - c. Yo entiendo que si la persona o entidad que recibe la información descrita anteriormente no es un proveedor de servicios médicos o un plan de salud cubiertos por las regulaciones federales de privacidad, dicha información puede ser revelada y no protegida por estas regulaciones. Sin embargo, puede prohibirse que quien recibe esta información revele información de salud mental, abuso de sustancias o información relacionada con el SIDA bajo los Requisitos Federales de Confidencialidad del Abuso de Sustancias, la Ley de Illinois de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo y la Ley de Confidencialidad Sobre el SIDA.
 - d. Yo entiendo que esta autorización es válida hasta que expire a menos que sea revocada antes.
 - e. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al médico, con una copia a Bounce, de mi deseo de hacerlo. También entiendo que no podré revocar esta autorización cuando el médico ya haya tomado acción y haya revelado información sobre mi salud. La revocación por escrito debe ser enviada a la oficina del médico y a la oficina de Bounce.

Firma del Paciente, Representante Legal o Padre/Guardián (si el paciente es menor de 18 años de edad)

Nombre y Apellido del paciente, Representante Legal o Padre/Guardián (si el paciente es menor de 18 años de edad)

Relación al Paciente

Fecha

Por favor regrese la aplicación diligenciada por correo, fax o correo electrónico a:

Correo Electrónico Confidencial:
Info@BounceChildrensFoundation.org

Fax Confidencial:
844-6-BOUNCE (844-626-8623)

Dirección:
Servicios para Nuevos Miembros
Fundación de Niños Bounce
255 Birchwood Ave. | Deerfield, IL 60015

¿Tiene Preguntas?

844-6-BOUNCE (844-626-8623)
Info@BounceChildrensFoundation.org

¿Quiere Más Información?

www.BounceChildrensFoundation.org
www.Facebook.com/BounceChildrensFoundation

