

# COVID-19 Testing Consent Form

THIS FORM MUST BE RETURNED TO YOUR CHILD'S SCHOOL

PLEASE COMPLETE THE INFORMATION BELOW



Full, Legal Name of Student ( <i>First Name Middle Initial, Last Name</i> ) Please Print		Name of School	
Parent/Guardian Name ( <i>First Name Middle Initial, Last Name</i> )		Relationship to Student	Grade                      Sex
Street Address		Email Address	Student's Birth Date (MM/DD/YYYY)    Age
City		Zip Code	Home Phone #                      Cell Phone #
<input type="checkbox"/> INSURANCE <input type="checkbox"/> MEDICAID (Prestige, United Health Care, Stay Well/Wellcare, or Sunshine) <input type="checkbox"/> MY CHILD DOES NOT HAVE HEALTH INSURANCE			
Insurance Company:		Member ID:	
Policy Holder's Name:		Policy Holder's Date of Birth:	
Race: (Circle One)    American Indian/Alaskan Native    Asian    Black    Hispanic    Native Hawaiian/Pacific Islander    White    Other			

This consent form authorizes your child to be tested for SARS-CoV-2, the virus that causes the novel coronavirus COVID-19.

**Why is my child being tested?**

Your child is being tested because she/he has signs or symptoms consistent with COVID-19 or has had contact with or suspected exposure to another child or adult who is infected with COVID-19.

**How is the test conducted?**

Samples for testing will be collected by using a nose swab (small swab put into the nose) and/or an oral swab (a small swab of the back of the throat). Testing will be performed on children who have symptoms that may be due to COVID-19, or on children who may have been exposed to a child who has COVID-19.

**By signing this form, I agree to the following:**

a. I authorize this COVID-19 testing unit to conduct collection and testing for COVID-19 through a nasopharyngeal swab (a swab in the nose) or an oral swab (a swab in the throat), as ordered by an authorized medical provider or public health official. I understand that my child may be tested as often as determined necessary by an authorized medical provider or public health official. This consent extends to all COVID-19 testing performed during the 2021-2022 academic year.

b. I authorize my child's test results to be disclosed to the county, state, or to any other governmental entity as may be required by law.

c. I acknowledge that a positive test result is an indication that my child must self-isolate and wear a mask or face covering as directed.

d. I understand the testing unit is not acting as my child's medical provider, this testing does not replace treatment by my medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action when I receive my child's test results. I agree I will seek medical advice, care and treatment from my child's medical provider if I have questions or concerns, or if my child's condition worsens.

e. I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result.

f. I understand that there will be no out-of-pocket cost for this testing but that my insurance will be billed for the test.

I, the undersigned, have been informed about the test purpose, procedures, possible benefits and risks, and I have received a copy of this Informed Consent and the Notice of Privacy Practices. I understand that this Consent allows the Florida Department of Health, Alachua County Health Department to use private health information for treatment, payment and health care operations as defined in the Notice of Privacy Practices. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask additional questions at any time. I voluntarily agree to COVID-19 testing for my child.

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Printed Name of Parent/Guardian                      Signature of Parent/Guardian                      Date

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY	
Symptomatic/Asymptomatic ( <b>Circle One</b> ) Oral / Nasal ( <b>Circle One</b> )	Signature/Title: _____ Date Collected: _____

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA COVID-19

ESTE FORMULARIO DEBE DEVOLVER A LA ESCUELA DE SU HIJO

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN



Nombre completo y legal del estudiante ( <i>Primer Nombre, Inicial, Apellidos</i> ) Por Favor Imprima		Nombre de la Escuela	
Representante legal del menor ( <i>Primer Nombre, Inicial, Apellidos</i> )	Relación al estudiante	Grado	Sexo
Dirección de casa	Correo electrónico	Fecha de nacimiento del estudiante (MM/DD/YYYY)	
Ciudad	Código Postal	Número de teléfono #	Móvil #

SEGURO DE SALUD  MEDICAID (Prestige, United Health Care, Stay Well/Wellcare, or Sunshine)  MI HIJO NO TIENE SEGURO DE SALUD

Compañía de seguro médico:	Número de póliza:
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Raza: (Seleccione uno) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro Hispano Nativo de Hawái/Isleño del pacífico Blanco Otro	

Este formulario de consentimiento autoriza a su hijo a hacerse la prueba del SARS-CoV-2, el virus que causa el nuevo coronavirus COVID-19.

### ¿Por qué se hace la prueba a mi hijo?

Su hijo está siendo examinado porque tiene síntomas compatibles con COVID-19 o ha tenido contacto o sospecha de exposición a otro niño o adulto infectado con COVID-19.

### ¿Cómo se realiza la prueba?

La muestra para la prueba se recolectará usando un hisopo nasal (un hisopo pequeño que se coloca en la nariz) y/o un hisopo oral (un hisopo pequeño de la parte posterior de la garganta). La prueba se realizará en niños que tengan síntomas que pueden deberse al COVID-19, o en niños que pueden haber estado expuestos a un niño que tiene COVID-19.

### Al firmar este formulario, acepto lo siguiente:

- Autorizo a esta unidad de prueba de COVID-19 a realizar la recolección y la prueba de COVID-19 a través de un hisopo nasal (un hisopo en la nariz) o un hisopo oral (un hisopo en la garganta), según lo indique un proveedor médico autorizado o un oficial de salud pública. Entiendo que mi hijo puede ser examinado con la frecuencia que considere necesaria un proveedor médico autorizado o un funcionario de salud pública. Este consentimiento se extiende a todas las pruebas COVID-19 realizadas durante el año académico 2021-2022.
- Autorizo que los resultados de las pruebas de mi hijo se divulguen al condado, al estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
- Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo debe aislarse por sí mismo y usar una máscara o una cubierta facial según las instrucciones.
- Entiendo que la unidad de prueba no actúa como el proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas, inquietudes, o si la condición de mi hijo empeora.
- Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.
- Entiendo que no habrá ningún costo de bolsillo por esta prueba, pero que se facturará a mi seguro por la prueba.

Yo, el firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos también he recibido una copia de este consentimiento informado y el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que este consentimiento permite que el Departamento de Salud de Florida del Condado de Alachua use información médica privada para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica como se define en el aviso de prácticas de privacidad. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha informado que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente la prueba COVID-19 para mi hijo.

Nombre del representante legal del menor

Firma del representante legal del menor

Fecha

### AREA PARA USO OFICIAL

Symptomatic/Asymptomatic (Circle One)  
Oral / Nasal (Circle One)

Signature/Title: \_\_\_\_\_  
Date Collected: \_\_\_\_\_



# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USE AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

**PLEASE REVIEW IT CAREFULLY**

---

## USES AND DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Protected health information includes demographic and medical information that concerns the past, present, or future physical or mental health of an individual. Demographic information could include your name, address, telephone number, social security number and any other means of identifying you as a specific person. Protected health information contains specific information that identifies a person or can be used to identify a person.

Protected health information is health information created or received by a health care provider, health plan, employer, or health care clearinghouse. The Department of Health can act as each of the above business types. This medical information is used by the Department of Health in many ways while performing normal business activities.

Your protected health information may be used or disclosed by the Department of Health for purposes of treatment, payment, and health care operations. *Health care professionals use medical information in the clinics or hospital to take care of you. Your protected health information may be shared, with or without your consent, with another health care provider for purposes of your treatment. The Department of Health may use or disclose your health information for case management and services. The Department of Health clinic or hospital may send the medical information to insurance companies, Medicaid, or community agencies to pay for the services provided you.*

Your information may be used by certain department personnel to improve the department's health care operations. The department also may send you appointment reminders, information about treatment options or other health-related benefits and services.

Some protected health information can be disclosed without your written authorization as allowed by law. Those circumstances include:

- Reporting abuse of children, adults, or disabled persons.
- Investigations related to a missing child.
- Internal investigations and audits by the department's divisions, bureaus, and offices.
- Investigations and audits by the state's Inspector General and Auditor General, and the legislature's Office of Program Policy Analysis and Government Accountability.
- Public health purposes, including vital statistics, disease reporting, public health surveillance, investigations, interventions, and regulation of health professionals.
- District medical examiner investigations;
- Research approved by the department.
- Court orders, warrants, or subpoenas;
- Law enforcement purposes, administrative investigations, and judicial and administrative proceedings.

Other uses and disclosures of your protected health information by the department will require your written authorization. These uses and disclosures may be for marketing and for research purposes, certain uses and disclosure of psychotherapist notes, and the sale of protected health information resulting in remuneration to the Department of Health.

This authorization will have an expiration date that can be revoked by you in writing.

## INDIVIDUAL RIGHTS

You have the right to request the Department of Health to restrict the use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment, or health care operations. You may also limit disclosures to individuals involved with your care. The department is not required to agree to any restriction.

You have the right to be assured that your information will be kept confidential. The Department of Health will make contact with you in the manner and at the address or phone number you select. You may be asked to put your request in writing. If you are responsible to pay for services, you may provide an address other than your residence where you can receive mail and where we may contact you.

You have the right to inspect and receive a copy of your protected health information that is maintained by the Department of Health within 30 days of the Department's receipt of your request to obtain a copy of your protected health information. You must complete the Department's Authorization to Disclosure Confidential Information form and submit the request to the county health department or Children's Medical Services office. If there are delays in getting you the information, you will be told the reason for the delay and the anticipated date when you will receive your information.

Your inspection of information will be supervised at an appointed time and place. You may be denied access as specified by law.

If you choose to receive a copy of your protected health information, you have the right to receive the information in the form or format you request. If the Department cannot produce it in that form or format, it will give you the information in a readable hard copy form or another form or format that you and the Department agree to.

The Department cannot give you access to psychotherapy notes or certain information being used in a legal proceeding. Records are maintained for specified periods of time in accordance with the law. If your request covers information beyond that time the Department is required to keep the record, the information may no longer be available.

If access is denied, you have the right to request a review by a licensed health care professional who was not involved in the decision to deny access. This licensed health care professional will be designated by the department.

You have the right to correct your protected health information. Your request to correct your protected health information must be in writing and provide a reason to support your requested correction. The Department of Health may deny your request, in whole or part, if it finds the protected health information:

- Was not created by the department.
- Is not protected health information.
- Is by law not available for your inspection.
- Is accurate and complete.

If your correction is accepted, the department will make the correction and tell you and others who need to know about the correction. If your request is denied, you may send a letter detailing the reason you disagree with the decision. The department may respond to your letter in writing. You also may file a complaint, as described below in the section titled Complaints.

You have the right to receive a summary of certain disclosures the Department of Health may have made of your protected health information. This summary does not include:

- Disclosures made to you.
- Disclosures to individuals involved with your care.
- Disclosures authorized by you.
- Disclosures made to carry out treatment, payment, and health care operations.
- Disclosures for public health.
- Disclosures to health professional regulatory purposes.
- Disclosures to report abuse of children, adults, or disabled.
- Disclosures prior to April 14, 2003.

This summary does include disclosures made for:

- Purposes of research, other than those you authorized in writing.
- Responses to court orders, subpoenas, or warrants.

You may request a summary for not more than a 6 year period from the date of your request.

If you received this Notice of Privacy Practices electronically, you have the right to a paper copy upon request.

The Department of Health may mail or call you with health care appointment reminders.

#### DEPARTMENT OF HEALTH DUTIES

The Department of Health is required by law to maintain the privacy of your protected health information. This Notice of Privacy Practices tells you how your protected health information may be used and how the department keeps your information private and confidential. This notice explains the legal duties and practices relating to your protected health information. The department has the responsibility to notify you following a breach of your unsecured protected health information.

As part of the department's legal duties this Notice of Privacy Practices must be given to you. The department is required to follow the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect.

The Department of Health may change the terms of its notice. The change, if made, will be effective for all protected health information that it maintains. New or revised notices of privacy practices will be posted on the Department of Health website at <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> and will be available by email and at all Department of Health buildings. Also available are additional documents that further explain your rights to inspect and copy and amend your protected health information.

#### COMPLAINTS

If you believe your privacy health rights have been violated, you may file a complaint with the: Department of Health's Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141 and with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ telephone 202-619-0257 or toll free 877-696-6775.

The complaint must be in writing, describe the acts or omissions that you believe violate your privacy rights, and be filed within 180 days of when you knew or should have known that the act or omission occurred. The Department of Health will not retaliate against you for filing a complaint.

#### FOR FURTHER INFORMATION

Requests for further information about the matters covered by this notice may be directed to the person who gave you the notice, to the director or administrator of the Department of Health facility where you received the notice, or to the Department of Health's Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141.

#### EFFECTIVE DATE

This Notice of Privacy Practices is effective beginning July 1, 2013, and shall be in effect until a new Notice of Privacy Practices is approved and posted.

#### REFERENCES

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Parts 160 through 164. *Federal Register* 65, no. 250 (December 28, 2000).

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Part 160 through 164. *Federal Register*, Volume 67 (August 14, 2002).

DH8006-SSG-092017





# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA.

## LÉALO DETENIDAMENTE

---

### USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada a la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del seguro social y otros medios para identificarlo a usted como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o se puede usar para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información sobre servicios médicos. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de comercios anteriores. Esta información médica es usada por el Departamento de Salud en muchas formas en el desempeño de actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser usada por el Departamento de Salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas y hospitales para cuidar de usted. Su información médica protegida puede compartirse, con o sin su autorización, con otro proveedor de atención médica para propósitos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica para el manejo de su caso y servicios. El Departamento de Salud, clínica u hospital pueden enviar la información médica a compañías aseguradoras, Medicaid o agencias de la comunidad para pagar por los servicios que le proporcionan.*

Cierto personal del departamento puede usar su información para mejorar las operaciones de atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede divulgarse sin su autorización escrita según lo permita la ley. Tales circunstancias incluyen:

- Reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Auditorías e investigaciones internas por parte de las oficinas, divisiones y dependencias del departamento.
- Investigaciones y auditorías por parte del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de las Políticas del Programa y Contraloría General de la legislatura.
- Propósitos de salud pública, que incluyen estadísticas demográficas, reporte de enfermedades, supervisión de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de profesionales médicos.
- Investigaciones del médico forense de distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones;
- Propósitos de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos legales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requieren su autorización escrita. Esta autorización tiene una fecha de vencimiento y usted la puede revocar en forma escrita. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de mercadeo e investigación, ciertos usos y divulgación de notas del psicoterapeuta y la venta de información médica protegida que resulta en remuneración para el Departamento de Salud.

### DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar las restricciones. Sin embargo, en situaciones en las que usted o alguien más en su nombre pagan por la totalidad de un artículo o servicio, y usted solicita que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a una compañía aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada.

Tiene derecho a que le garanticen que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted elija. Es posible que se le pida que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar por los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea la de su residencia donde puede recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. La inspección que usted haga de la información se hará bajo supervisión y en un lugar y hora definidos. Puede denegársele el acceso según lo especifique la ley. Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica certificado que no haya estado involucrado en la decisión de denegar el acceso. El departamento será el encargado de designar a este profesional de atención médica certificado.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. La solicitud de corregir su información médica protegida debe hacerse por escrito e indicar un motivo que respalde la corrección que solicita. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o en parte, si determina que la información médica protegida:

- No fue creada por el departamento.
- No es información médica protegida.
- Por ley, no está disponible para que usted la inspeccione.
- Es precisa y completa.

Si se acepta la corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otros que deben estar enterados de la misma. Si se deniega la corrección, puede enviar una carta donde detalla el motivo por el cual no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, tal como se describe más adelante en la sección de quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud pueda haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que le hayan hecho a usted.
- Divulgaciones hechas a las personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para salud pública.
- Divulgaciones para fines normativos de profesionales médicos.
- Divulgaciones para reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye:

- Divulgaciones con fines de investigación, distintos a los que usted autorice por escrito.
- Divulgaciones en respuesta a órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones.

Puede solicitar un resumen de un período de menos de 6 años desde la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa.

El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarle para recordarle de citas de atención médica.

#### **RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD**

Por ley, el Departamento de Salud está obligado a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad explica cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento la mantiene privada y confidencial. Este aviso explica las prácticas y responsabilidades legales relacionadas a su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de informarle luego de una violación de la seguridad de su información médica protegida.

Como parte de las responsabilidades legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos vigentes del Aviso de prácticas de privacidad.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, aplicará a toda la información médica protegida que

mantiene. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o enmendados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del Departamento de Salud. También hay disponibles otros documentos que explican en más detalle sus derechos a inspeccionar y copiar y enmendar su información médica protegida.

#### **QUEJAS**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad en cuestiones médicas, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada gratuita 877-696-6775.

La queja se debe hacer por escrito, describir los actos u omisiones que considera que violan sus derechos de privacidad, y presentarse dentro de los 180 días después de enterarse o de cuando debió haber sabido que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

#### **PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL**

Las solicitudes de información adicional sobre los temas cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de la oficina del Departamento de Salud donde recibió este aviso o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

#### **FECHA DE VIGENCIA**

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 1 de julio del 2013 y se mantendrá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

#### **REFERENCIAS**

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Partes 160 a164. *Federal Register* 65, no. 250 (28 de diciembre, 2000).

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volumen 67 (14 de agosto, 2002).

HHS, modificaciones a las Reglas de aviso de violación, privacidad, seguridad y aplicación de HIPAA de acuerdo con la Ley de tecnologías de la información para la salud económica y clínica y la Ley de no discriminación por información genética, otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero, 2013).

DH150-741, 09/2013

