



Marion County
OREGON
Health & Human Services

**JUNTA DE
COMISIONADOS**

Kevin Cameron
Colm Willis
Danielle Bethell

**ADMINISTRADOR DE
SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS**

Ryan Matthews

Administración

TELÉFONO: (503) 588-5357

FAX: (503) 361-2782

Wraparound (asistencia integral) del Condado de Marion

Re: Paquete de información y referencia de Wraparound

Gracias por su interés en el Programa de WrapAround. Hemos adjuntado información importante para que la revise, junto con nuestro paquete de referencia de admisión para completar. Por favor devuelva el paquete de referencia, junto con una copia de una evaluación reciente de salud mental (MHA) que se ha completado dentro del último año. Su proveedor de salud mental puede ayudarle con esto.

Por favor, envíe por correo/entregue su paquete de referencia y la evaluación de salud mental. Uno de nuestros profesionales calificados en salud mental se comunicará con usted para comenzar nuestro proceso de elegibilidad para determinar si el Programa Wraparound coincide con las necesidades de su joven/familia; o si otros servicios y apoyos serían más apropiados.

Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta, o si podemos ayudarle. Nuestro número de contacto es 503-576-4536. Gracias por su tiempo y atención a este proceso. Esperamos trabajar con usted en apoyo de su hijo.

Por favor, devuelva los siguientes artículos:

- Paquete de remisión completado
- Evaluación actual de salud mental completada en el último año
- días. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL OHP

WRAPOS@co.marion.or.us

503-576-4536

3876 Beverly Ave NE, Edificio G, Salem, OR 97305



Marion County
 HEALTH & HUMAN SERVICES

**Marion County Health Department
 YOUTH & FAMILY INFORMATION**

Seleccione un Programa (Select Program): WrapAround JWRAP Rapid Access Assessment

Nombre del Individuo (Individual's Name): _____ Fecha de Hoy (Today's Date): _____

Fecha De Nacimiento (DOB): ____/____/____ #SS: _____ Raza/Etnicidad (Race/Ethnicity): _____

OHP: _____

For JWRAP: Commercial Ins Provider: _____ Ins#: _____ No Insurance

Sexo legal (Legal Sex): F M Género Identificado (Identified Gender): _____

Nombre de la Escuela (School Name): _____ Grado (Grade): _____

IEP/Plan 504: Si No (IEP/504 Plan Yes or No)

Nombre del Padre/Nombre del Tutor (Parent/Guardian Name): _____

Madre Biológica (Biological Mother): _____

Padre Biológico (Biological Father): _____

Dirección (Address): _____

Mejor # de Contacto (Best Contact #): (____) _____ - _____

Es (Is this): # Hogar (Home#) #Cel (Cell#) # Trabajo (Work#)

¿Está bien dejar un mensaje? (OK to leave message?) Si (Yes) No (No)

Correo electrónico (Email): _____

¿Necesita Intérprete (Interpreter needed?) Si (Yes) No (No) Idioma (Language): _____

**PROVEEDORES ACTUALES DE SERVICIO – Por favor indique el nombre y número (si aplica)
CURRENT SERVICE PROVIDERS—Please list name and phone number of contact person**

Agencia/Proveedor Agency/Provider	Nombre Name	Número de Contacto Contact Number
Salud Mental (Mental Health):		
Médico de Cuidado Primario (Primary Care Physician):		
Problemas Médicos (Medical Issues):		
Medicamentos actuales (Current Medications): Nombre de quien Prescribe (Prescriber's Name):		
Libertad Condicional Juvenil/OYA (Juvenile Probation/OYA):		
Respaldo asignado (Assigned Back-up):		
Consejero Juvenil (Juvenile Counselor):		
Trabajador del Caso del DHS(DHS Case Worker):		
Padre de Crianza (Resource Parent):		
Proveedor de Alcohol/Droga (Alcohol/Drug Provider):		
Proveedor Residencial (Residential Provider):		
Otro (Other):		



Marion County
 HEALTH & HUMAN SERVICES

Consentimiento Para Recibir Tratamiento

He leído y / o me han explicado lo siguiente como parte de mi orientación a los servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion (ponga sus iniciales en todas las que apliquen):

- ___ Derechos y Responsabilidades
- ___ Procedimiento de Quejas y Reclamos
- ___ Carta de Bienvenida

Si tiene 18 años o más, escriba sus iniciales en las que apliquen

- ___ Me preguntaron si completé una Directiva Avanzada
- ___ Se me dio información sobre una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental y se me brindó la oportunidad de completar una si así lo deseaba

Doy permiso a los Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marion para que me brinden servicios de evaluación y tratamiento.

Firma (Individuo o Tutor)Fecha

Nombre Impreso del Individuo

<input type="checkbox"/> Se Negó a Firmar	<input type="checkbox"/> Incapaz de Firmar
Motivos por la cual se negó a firmar/incapaz de firmar:	



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL INDIVIDUO

Como individuo que recibe servicios del Departamento de Salud del Condado Marion, queremos asegurarle que sus derechos y responsabilidades serán respetados. El siguiente es un sumario de sus derechos y responsabilidades. Por favor no dude en hacer cualquier pregunta que tenga referente a esta información.

SUS DERECHOS BÁSICOS

1. Puede acceder a y recibir servicios sin importar su raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, estado civil, origen nacional y discapacidad mental o física.
2. Recibirá servicio cortés y oportuno en un ambiente que ofrece seguridad razonable, protección contra daños y privacidad razonable.
3. Tiene el derecho a estar libre de reclusión, detención, abuso y negligencia.
4. Puede reportar cualquier incidente de abuso o negligencia sin estar sujeto a ninguna represalia.
5. Se le tratará con dignidad y respeto.
6. No participará involuntariamente en ningún experimento.

SUS DERECHOS DE ACCESO E INFORMACIÓN

7. Puede acceder a y recibir servicios en el idioma y de forma consistente a su cultura, incluyendo el acceso a un intérprete si se necesita.
8. Se le pedirá que dé su consentimiento informado por escrito antes de comenzar los servicios.
9. Recibirá información sobre los reglamentos y procedimientos, los acuerdos y cuotas relacionadas con los servicios provistos.
10. Recibirá información sobre otros recursos comunitarios y otros tratamientos disponibles.
11. Puede recibir servicios y tratamiento sin el consentimiento de los padres o tutores legales cuando esté legítimamente casado, tenga 16 años o mayor y haya sido emancipado por el tribunal, o tenga 14 años para los servicios de consulta externa solamente.
12. Tiene el derecho a recibir cuidado emergente 24 horas al día, 7 días a la semana y a ser informado de cómo y donde recibirá el cuidado.

SUS DERECHOS A TRATAMIENTO

13. Recibirá servicios y cuidados de calidad.
14. Puede solicitar información sobre los credenciales y entrenamiento del personal.
15. Puede participar en el desarrollo de un plan de servicios por escrito, recibir servicios consistentes con ese plan y participar en revisiones periódicas.
16. Puede recibir una copia escrita del ISSP.
17. Su familia y otras personas de su elección pueden participar en este planeamiento y revisión.
18. Usted tiene el derecho a preguntar sobre los riesgos y beneficios del tratamiento y sobre métodos alternativos de tratamiento.
19. Recibirá medicación específica a sus necesidades clínicas diagnosticadas.
20. Se le informará sobre los efectos secundarios de cualquier medicamento.
21. Puede escoger de los servicios y apoyo disponibles los que sean menos restrictivos, menos intrusivos y que provean el mayor nivel de independencia.
22. Puede acceder a los materiales de su Registro de Servicios Individual, registros clínicos y/o médicos que hayan sido creados por el Departamento de Salud.
23. La información sobre usted y su tratamiento se mantendrá confidencial, de acuerdo a las leyes estatales y federales.
24. Deberá dar el consentimiento por escrito antes de que podamos compartir información referente a su tratamiento o servicios.
25. Usted debe dar permiso por escrito antes de poder compartir información sobre su tratamiento o los servicios recibidos.

26. Su información confidencial puede ser compartida sin consentimiento solamente cuando:

- a. La corte/tribunal ordene compartir dicha información bajo ciertas circunstancias limitadas
- b. Existe un peligro claro hacia él mismo u otros.
- c. Exista una causa razonable para creer que ha ocurrido o está ocurriendo una negligencia o abuso de un niño, anciano o persona con discapacidades del desarrollo o un paciente de un asilo/cuidado de ancianos
- d. Bajo circunstancias limitadas, si el individuo es un menor (dependiendo del tipo de tratamiento que esté recibiendo).
- e. Obtener reembolso de su compañía de seguros.
- f. Coordinar su cuidado con la Red de Cuidados de Comportamiento de Mid-Valley/Plan de Salud de Oregon (si recibe este tipo de servicio).

27. Puedes escoger rehusar el tratamiento incluyendo cualquier procedimiento o medicación específica.

28. Tiene el derecho a ejecutar una Declaración de Tratamiento de Salud Mental y recibir ayuda para completar dicha Declaración.

29. Tiene el derecho a recibir información médica sobre las Directivas Avanzadas.

30. Usted recibirá una notificación previa de la conclusión o transferencia de servicios, si los servicios van a ser reducidos o terminados.

DERECHOS ADICIONALES

31. Los miembros de OHP/MVBCN tienen derechos y responsabilidades adicionales. Éstos serán distribuidos a los miembros de OHP/MVBCN al momento de admisión y estarán disponibles en las áreas de recepción. También puede encontrarlos en la página Web de MVBCN, www.mvbcn.org

32. Puede presentar una queja oral o escrita sobre el tratamiento o los proveedores y recibir ayuda para completar dicha queja.

33. No será castigado ni recibirá ninguna represalia por haber presentado una queja.

34. No será castigado por ejercitar sus derechos.

SUS RESPONSABILIDADES

35. Tratará a los demás con cortesía y respeto.

36. Proveerá información necesaria para poder proveerle cuidados.

37. Participará, en lo posible, en desarrollar metas de acuerdo mutuo para el tratamiento.

38. Seguirá los planes acordados para el tratamiento.

39. Informará a las personas encargadas del cuidado/otros profesionales de cualquier insatisfacción con los servicios o el tratamiento.

40. Llegará a tiempo a las citas fijadas o llamará por adelantado si necesita cancelar o cambiar la cita.

41. Informará a las personas encargadas del cuidado/otros profesionales de cualquier cambio en su dirección, números de teléfono y otra información personal relacionada con su tratamiento.

42. Traerá la información y tarjeta de su seguro médico a las citas e informará a las personas encargadas del cuidado/otros profesionales de cualquier cambio en su seguro médico.

43. Tomará los medicamentos según hayan sido prescritos o consultará con el médico antes de hacer ningún cambio a sus medicamentos.

44. Pedirá ayuda para cualquier problema de salud mental o adicción que pueda interferir con el tratamiento.

45. Protegerá la confidencialidad y seguridad de otros individuos.

46. Pagará por cualquier servicio que haya sido especificado en el acuerdo de cuotas.



PROCESO PARA QUEJAS

¿Qué debe hacer si siente que se han violado sus derechos o si no está de acuerdo o se siente descontento con los servicios?

Le pedimos que hable con su consejero o la persona a cargo de su cuidado de salud en cuanto al problema. Si no haya una solución a esta situación, puede comentárselo a uno de los supervisores

O

Si desea presentar una queja, usted o la persona que usted escoja para actuar en su nombre, podrá someter una queja de forma verbal o escrita.

¿Cómo presentar una queja?

Los formularios se encuentran en la sala de espera o vestíbulo o puede bajarse una copia de la página Web del Departamento de Salud. También puede presentar una queja verbal con su encargado del caso o con cualquier empleado del Departamento de Salud diciéndoles simplemente que "desea presentar una queja".

Si necesita ayuda para completar el formulario de quejas, cualquier empleado del Departamento de Salud podrá ayudarle.

Asegúrese de explicar lo que pasó y qué pasos espera usted que se tomen para resolver su queja.

¿Qué sucede después de haber presentado una queja?

Revisaremos su queja una vez que la haya presentado. Le enviaremos, en un plazo de 5 días, una carta por correo explicando la resolución para su queja.

Si no podemos resolver su queja en un plazo de 5 días, la carta explicará por qué necesitamos más tiempo para analizar su queja. Responderemos a su queja con una resolución en un plazo de 30 días a partir del día que sometió el formulario.

Se enviarán al Comité de Mejoramiento de Calidad del Departamento de Salud todas las quejas, cualquier información relacionada, así como las resoluciones para su revisión. Este comité incluye representación del consumidor.

¿Qué puede hacer si no está contento con la resolución?

Si no se siente satisfecho con la resolución, puede hablar sobre su situación con el Supervisor del Equipo, Supervisor del Programa o Director de la División que sea apropiada.

Puede apelar cualquier resolución siguiendo las instrucciones de la carta que recibirá:

Los clientes de MVBCN pueden apelar comunicándose con la División sobre Salud Mental y Adicción del Departamento de Servicios Humanos llamando al 503-947-5528.

Los clientes que no pertenezcan a MVBCN pueden apelar por escrito al Administrador del Departamento de Salud en un plazo de 10 días. Si desea recibir ayuda con su apelación, puede comunicarse con su consejero o con el Coordinador de Garantía de Seguridad llamando al 503-576-4509.



*Departamento de Salud y Servicios Humanos del
Condado Marion*

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD
Acuse de Recibo**

**POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE Y DESPUES
FÍRMELO Y ESCRIBA LA FECHA ABAJO.**

La Notificación de Prácticas de Privacidad le explica cómo el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion puede recoger, usar o compartir información de salud sobre usted y le explica sus derechos de privacidad. El Departamento de Salud y Servicios Humanos requiere que se le ofrezca a usted una Notificación de Prácticas de Privacidad de acuerdo a la ley federal.

A mí, _____ se me ha ofrecido una copia de la
(nombre del cliente en letra de molde)

Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion y he tenido una oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se recogerá, usara y compartían información sobre mi salud y cómo acceder mis derechos de privacidad.

Firma del cliente

Fecha

Representante legal o personal del cliente (si aplica)

Relación

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alterativos que cumplen con la guía para el Acta de Americanos con Discapacidad (ADA por sus siglas en ingles).

Comuníquese con su proveedor de servicios o llame el numero de teléfono central del Departamento de Salud y Servicios Humanos al (503) 588-5357 o por fax al (503) 364-6552.

Personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Por favor asegúrese que el individuo que va a recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad complete y firme este documento.

Fecha de efectividad: 1 de junio, 2013



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion

Notificación de Prácticas de Privacidad

Fecha de efectividad: 1 de junio, 2013

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODRÍA USARSE Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE. ÉSTA ES SU NOTIFICACIÓN SOBRE SUS DERECHOS.

Esta notificación está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con las normas del Acta para Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés). Comuníquese con su proveedor de servicios o llame al número central del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al (503) 588-5357 o por fax al (503) 364-6552.

En esta notificación, las palabras "nosotros" "nuestro" y "Departamento" significan el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion.

Propósito de esta Notificación

El Departamento provee muchos tipos de servicios, tal y como cuidados médicos y servicios de salud mental. El personal del departamento debe recoger información sobre usted para proveer dichos servicios. El Departamento sabe que la información que recoja sobre usted y sobre su salud es privada. De acuerdo a la ley federal y estatal se nos requiere que protejamos esta información. A su información individual de salud la llamamos "información de salud protegida" (PHI por sus siglas en inglés).

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad le explicará cómo puede usar o compartir información el Departamento sobre usted. Puede que no se describa cada una de las situaciones. Si usted tiene preguntas sobre las declaraciones de esta notificación, por favor pregunte a un Proveedor de Servicios. La ley requiere al Departamento de Salud y Servicios Humanos hacer una copia de nuestra notificación de prácticas de privacidad para usted si lo solicita. Por ley, nosotros debemos seguir los términos de la notificación que están actualmente en efecto.

Cómo Podremos Usar y Compartir Su Información

- **Para el tratamiento.** El Departamento puede usar o compartir información con los proveedores del cuidado de salud que están envueltos en su cuidado de salud. Por ejemplo, puede usarse la información para crear y llevar a cabo un plan para su tratamiento.
- **Para el pago.** El Departamento puede usar o compartir información para recibir pago o pagar por los servicios de cuidados de salud que usted reciba. Por ejemplo, puede que proveamos su información de salud para enviar una factura a su seguro médico por su visita médica en nuestro centro.
- **Para la operación de cuidados de salud.** El Departamento puede usar o compartir información para poder administrar sus programas y actividades. Por ejemplo, puede que usemos la información para revisar la calidad de los servicios que recibe usted.
- **Para arreglos de cuidados de salud organizada.** Puede que usemos o compartamos la información de salud con organizaciones tales como el Sistema Integral de Prestaciones de Servicios del Condado Marion, la Alianza para VIH y la Red de Cuidados de Comportamiento. Nosotros participamos en actividades conjuntas de cuidados de salud tal y como garantizar el cuidado continuo para usted.
- **Para la Organización Certificada Estatal de Cuidados Coordinados.** Puede que usemos o compartamos la información de salud con organizaciones envueltas en la organización de Salud Comunitaria del Valle Willamette (WVCH por sus siglas en inglés). Puede encontrar una lista completa de participantes en las salas de espera de todo el departamento.
- **Para recordatorios de citas y otras notificaciones para usted.** El Departamento puede llamarle o enviarle recordatorios para visitas de cuidados médicos o consejería con nosotros. Le llamaremos al número de teléfono que usted nos proporcione a menos que usted nos pida que le llamemos a un número de teléfono diferente. Usted también nos puede pedir que no le llamemos bajo ninguna circunstancia.
- **Para actividades de salud pública.** El Departamento es la agencia de salud pública que mantiene los registros actualiza registros vitales tales como el acta de nacimiento, defunción y algunas enfermedades contagiosas.
- **Para actividades de supervisión de la salud.** Puede que nosotros usemos o compartamos su información durante inspecciones o en investigaciones de nuestros servicios.
- **Para propósitos de agencias que aplican la ley o los tribunales.** El Departamento usará y compartirá la información cuando se le requiera o permita de acuerdo a la ley estatal y federal.
- **Para reportar o investigar abusos.** Se nos requiere por ley que recibamos y reportemos información sobre abusos y negligencias a las autoridades estatales apropiadas. Esto puede resultar en compartir también la información de salud protegida.
- **Para programas gubernamentales.** El Departamento puede usar y compartir información para beneficios públicos bajo otros programas gubernamentales. Por ejemplo, puede que compartamos su información para revisar la elegibilidad para un programa de nutrición tal como WIC.
- **Para jueces de instrucción, médicos examinadores y directores de funerarias.** Puede que compartamos información para identificar a una persona fallecida y para otras actividades permitidas por la ley.
- **Para evitar daños y para actividades especiales gubernamentales.** El Departamento puede compartir información de salud protegida con agencias encargadas del cumplimiento de la ley u otras agencias del gobierno de Estados Unidos para poder evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de cualquier la información de salud protegida para estudios de salud pública y otros reportes. Estos estudios y reportes no identifican a las personas específicamente.
- **Para recaudación de fondos.** El departamento no usará su información para ningún propósito de recaudar fondos.



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion

- **Para un directorio de la institución.** El Departamento no mantiene un directorio de la institución.
- **Para la compensación al trabajador.** Puede que compartamos información de salud para cumplir con las leyes para la compensación al trabajador o para programas similares.
- **Compartir su información con familiares, amigos u otras personas.** Puede que compartamos su información de salud con su familia u otras personas que usted haya identificado como parte de sus cuidados médicos o de salud mental. Usted tiene el derecho a oponerse a compartir esta información con ellos.

Otros Usos que Requieren Su Autorización Escrita para Compartir la Información

Marketing. Nosotros debemos obtener su autorización escrita antes de usar su información de salud para poder enviarle materiales de marketing (productos a la venta). Sin embargo, nosotros podemos ofrecerle materiales de venta personalmente o entregarle un certificado de valor nominal sin su autorización. Además, puede que compartamos información sobre productos o servicios relacionados a su tratamiento, administración o coordinación de su caso, tratamientos, terapias, proveedores o cuidados alternativos sin su autorización.

Otras Leyes que Protegen Su Información de Salud

Muchos programas del Departamento tienen que cumplir con otras leyes federales y estatales sobre el uso y revelación de información. Esto requerirá su autorización. Por ejemplo, usted debe dar su autorización escrita para que nosotros podamos compartir los registros sobre su salud mental y alcohol o drogas. Los tipos de información de salud que tienen derechos de protección de privacidad especiales incluyen, pero no se limitan a: tratamiento de una salud mental y notas de las sesiones de terapia, servicios de tratamiento de abuso de alcohol y drogas, exámenes/pruebas y servicios para VIH/SIDA y pruebas genéticas.

Sus Derechos de Privacidad de la Información de Salud

Como cliente del Departamento, se le permiten a usted los siguientes derechos:

- **Derecho a ver y recibir copias de sus registros.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a mirar o recibir copias de sus registros. Usted deberá hacer el pedido por escrito. Puede que se le cobre una cuota por el costo de copiar sus registros.
- **Derecho a Solicitar la Corrección o Enmienda a Sus Registros.** Usted puede pedir que se cambie o añada información a sus registros, si usted piensa que existe algún error. Usted deberá hacer esta solicitud por escrito y proveer la razón de su solicitud. Puede que nosotros neguemos su solicitud. Si negamos su solicitud, le enviaremos una carta explicando las razones por las que su solicitud es denegada y cómo puede usted solicitar la revisión de esta decisión.
- **Derecho a Solicitar un Registro de toda la Información Compartida.** Usted tiene el derecho a pedir al Departamento una lista de información compartida tanto rutinaria como no rutinaria solicitada electrónicamente en los últimos tres años desde la fecha de solicitud de esta información. Usted deberá hacer la solicitud por escrito. Usted tiene el derecho a hacer este tipo de solicitud una vez al año.
- **Derecho a Solicitar Límites en el Uso y Revelación de Su Información.** Usted tiene el derecho a pedir al Departamento que limite el uso y revelación de información. Usted deberá hacer dicha solicitud por escrito y especificar qué información desea limitar y/o a quién desea limitar esta información. No se nos requiere a nosotros que estemos de acuerdo con dicha limitación. Usted puede solicitar que la limitación sea anulada por escrito o verbalmente.
- **Derecho a Acceder un Informe.** Tiene el derecho a pedir al Departamento el informe de acceso a documentos que haya tenido una persona en particular, la cual haya accedido y visto su información de salud protegida. Usted deberá hacer la solicitud por escrito.
- **Derecho a Restringir el Uso y Revelación de Información de Salud Protegida a un Plan de Salud cuando Usted Paga por Todo el Servicio de Su Propio Bolsillo.**
- **Derecho a Revocar una Autorización.** Si se le pidió que firmara una autorización para usar o compartir información, usted puede cancelar dicha autorización en cualquier momento. Usted deberá hacer esta solicitud por escrito. Esto no afectará la información que ya ha sido compartida. Excepción: Los clientes del programa contra drogas y alcohol tienen el derecho a revocar esta autorización verbalmente.
- **Derecho a Escoger Cómo Debemos Comunicarnos Con Usted.** Usted tiene el derecho a pedir que compartamos con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que se le envíe la información a la dirección de su trabajo en lugar de la dirección de su casa. O puede pedir que le llamemos a un número de teléfono diferente. Generalmente, usted deberá hacer este pedido por escrito. Usted no tiene que explicar el motivo.
- **Derecho a Presentar una Queja.** Usted tiene el derecho a presentar una queja si usted no está de acuerdo en cuanto a cómo ha usado o compartido el Departamento su información de salud o si usted está en desacuerdo con nuestras prácticas de privacidad en general.
- **Derecho a Recibir o Denegar una Copia de Esta Notificación.** Usted tiene el derecho a pedir en cualquier momento una copia en papel de esta notificación.
- **Derecho a ser Notificado de un Incumplimiento.** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros (o un negocio asociado) descubre un incumplimiento de su información de salud inseguro.

Para Más Información y Para Comunicarse con Nosotros

Usted puede comunicarse con su Proveedor de Servicios o con su Oficial de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos en cualquier momento si usted tiene una pregunta sobre esta notificación o si necesita recibir más información en cuanto a cómo usar estos derechos. Por favor use la dirección y números de teléfono de abajo.



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion

**Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado
Marion****Oficial de privacidad**

3180 Center Street NE

Salem, OR 97301

Número de teléfono: 503-588-5357

<http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx>**Oficina de Derechos Civiles – Región X****Departamento de Salud y Recursos Humanos de USA**

2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11

Seattle, WA 98121-1831

Teléfono: 800-368-1019 • TTY: 800-537-7697 • FAX: 206-615-2297

Email: OCRComplaint@hhs.gov**Cómo Presentar una Queja o Reportar un Presunto Problema**

Usted puede comunicarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de USA (DHHS por sus siglas en inglés) mencionado arriba, si desea presentar una queja o reportar un problema sobre la forma que en que ha usado o compartido información el Departamento. Los servicios que proveemos no serán afectados por ninguna queja presentada por usted. El Departamento no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o rehusar estar de acuerdo con algo que usted cree que es ilegal.

Duración de Esta Notificación

Usted puede cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento. Cualquier cambio aplicará a información que ya tenemos, así como información que podamos recibir en el futuro. Se colocará una copia de la nueva notificación en cada centro de Proveedores de Servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos y será provista de acuerdo a la ley. Usted puede solicitar una copia de la notificación actual en cualquier momento que visite un centro del Departamento de Salud y Servicios Humanos o por internet en: <http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx>.

Fecha de efectividad: 1 de junio, 2013



Departamento de Salud de Salud del Condado Marion
Programa New Solutions

ACUERDO SOBRE CUOTAS/CARGOS

Yo entiendo que cualquier cargo o cuota atribuida por los servicios que yo reciba en el programa New Solutions del Condado Marion será basado en mis ingresos, el número de dependientes en mi familia y en la Guía de Ingresos impresa al dorso de este formulario. Mi pago, si aplica, establecido por dichos servicios será basado en los cargos del programa New Solutions que también se encuentran al dorso de este formulario.

Yo entiendo que si tengo un seguro médico privado que no sea Medicaid/OHP, el programa New Solutions del Condado Marion enviará la factura primero a mi compañía de seguros y yo podría ser responsable de cualquier pago adicional que no sea cubierto por mi seguro médico. Yo entiendo también que este acuerdo de cuotas o pagos aplicará al total no cubierto por mi privado.

Si mi situación justifica el establecimiento de cuotas, yo entiendo y estoy de hacer el pago directo al programa New Solutions del Condado Marion. Yo estoy de acuerdo en ser responsable de reportar al personal del programa New Solutions de manera oportuna, cualquier cambio en mi situación que pueda impactar mi acuerdo sobre cuotas/pagos.

Yo entiendo que si no cumplo con este acuerdo, el Programa New Solutions se reserva el derecho de negarme servicios en el futuro.

CUOTA REDUCIDA O EXENTA/ANULADA

Cuota reducida a un % de la tarifa completa por cargos de servicio

Exención/anulación de cuota

Firma del supervisor: Fecha:

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones arriba mencionadas respecto a la reducción o exención de la cuota.

Padres/tutores legales: Fecha:

COBERTURA DE MEDICAID/OHP

Factura para Medicaid/OHP Nombre del cliente:

Yo entiendo que no se me cobrará ninguna cuota o pago mientras que tenga el seguro médico de Medicaid/OHP ni será responsable de los gastos que no sean cubiertos por Medicaid/OHP. Yo entiendo que si en algún momento se termina mi cobertura de Medicaid/OHP, se completará un nuevo Acuerdo de Cuotas/Pagos para reevaluar mi capacidad de pago y será retroactivo a la fecha terminación de Medicaid/OHP. Yo estoy de acuerdo en ser responsable de reportar cualquier cambio en mi cobertura de Medicaid/OHP al personal del programa New Solutions de forma oportuna.

Padres/Tutores legales: Fecha:



Autorización de uso y Divulgación de información individual

Apellido legal de la persona:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres utilizados por la persona:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Tipo de identificación (Elija una): <input type="radio"/> Identificación principal <input type="radio"/> Número de registro médico <input type="radio"/> Número de seguro social			#
Apellido legal del representante:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	

* Al firmar este formulario, autorizo a los que nombro a divulgar información confidencial específica sobre mí. Si respondo "Sí" a la pregunta de *Intercambio Mutuo*, doy mi permiso a las agencias que nombro para que compartan información en ambos sentidos. Esto es para que puedan proporcionarme mejores servicios. *

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): Proveedor de Servicios Médico/PCP: _____	
Persona de contacto:	Número de teléfono:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax:
Información específica que se debe divulgar. (Por favor, sea lo más detallado posible): Toda y cualquier información de salud mental	
Información especialmente protegida: (Podrán aplicarse leyes adicionales relativas al uso y la divulgación si la información que ha de revelarse contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados en este recuadro. Entiendo que esta información no será divulgada a menos que yo o mi representante coloquemos las iniciales en el espacio junto al tipo de información).	
VIH/SIDA: _____	Salud mental: _____
Pruebas genéticas: _____	
Diagnóstico, tratamiento y remisión de alcohol/drogas: _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): Marion County Health & Human Services	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*: 1 Año	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

* Esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

SU RECONOCIMIENTO

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que logra.
- Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre los servicios que recibo de los Servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones enumeradas.
- Entiendo que puedo revocar (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento, y la revocación (*cancelación*) no se aplica a cualquier información ya divulgada. Excepto por la información sobre drogas y alcohol, el individuo o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona debe presentar la solicitud de cancelación por escrito. La notificación oral o escrita de la revocación de la autorización de información sobre drogas y alcohol será aceptada. Cualquier solicitud de revocación debe ser presentada al programa local del condado de Marion.
- Entiendo que las leyes federales o estatales prohíben volver a divulgar información sobre el VIH y el SIDA, la salud mental, y el diagnóstico de alcohol o drogas, registros de tratamiento, información de remisiones o registros de rehabilitación vocacional sin autorización específica.
- Entiendo que la información no sujeta a limitaciones en cuanto a su divulgación, como se señala inmediatamente antes, puede estar sujeta a una nueva divulgación, y ya no estaría protegida por las leyes federales o estatales.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

Si una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona firma el formulario de autorización, se deben proporcionar pruebas o documentación de la autoridad para actuar en nombre de la persona.

No complete la sección de abajo a menos que se requiera una copia fiel de la autorización original.

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

Para proporcionar o pagar los servicios de salud: Si el Condado de Marion actúa como **proveedor** de sus servicios de atención médica, o paga esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa Medicaid, puede optar por no firmar este formulario. Esa elección **no** afectará negativamente a su capacidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de salud tengan como único objetivo proporcionar información sobre la salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer esa divulgación. (*Ejemplos de esto serían: valoraciones, pruebas o evaluaciones*). Su elección de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otros organismos o agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y la divulgación de información **puede ser necesaria** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan su atención médica
- Para determinar si usted califica para otro DHS, OHA o el servicio de salud del condado de Marion, donde MCHHS no actúa como un proveedor de atención médica

Este es un formulario voluntario. El condado de Marion no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica financiados públicamente a la firma de esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, se le debe proporcionar información precisa sobre la forma en que la negativa a autorizar la divulgación de información puede afectar negativamente a la determinación de la elegibilidad o a la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le remita a un solo servicio que pueda ayudarle a usted y a su familia sin necesidad de intercambiar información.



Autorización de uso y Divulgación de información individual

Apellido legal de la persona:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres utilizados por la persona:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Tipo de identificación (Elija una): <input type="radio"/> Identificación principal <input type="radio"/> Número de registro médico <input type="radio"/> Número de seguro social			#
Apellido legal del representante:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	

* Al firmar este formulario, autorizo a los que nombro a divulgar información confidencial específica sobre mí. Si respondo "Sí" a la pregunta de *Intercambio Mutuo*, doy mi permiso a las agencias que nombro para que compartan información en ambos sentidos. Esto es para que puedan proporcionarme mejores servicios. *

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): Proveedor de Salud/Mental Health Provider:	
Persona de contacto:	Número de teléfono:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax:
Información específica que se debe divulgar. (Por favor, sea lo más detallado posible): Toda y cualquier información de salud mental	
Información especialmente protegida: (Podrán aplicarse leyes adicionales relativas al uso y la divulgación si la información que ha de revelarse contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados en este recuadro. Entiendo que esta información no será divulgada a menos que yo o mi representante coloquemos las iniciales en el espacio junto al tipo de información).	
VIH/SIDA: _____	Salud mental: _____ Pruebas genéticas: _____
Diagnóstico, tratamiento y remisión de alcohol/drogas: _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): Marion County Health & Human Services	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*: 1 Año	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

* Esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

SU RECONOCIMIENTO

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que logra.
- Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre los servicios que recibo de los Servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones enumeradas.
- Entiendo que puedo revocar (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento, y la revocación (*cancelación*) no se aplica a cualquier información ya divulgada. Excepto por la información sobre drogas y alcohol, el individuo o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona debe presentar la solicitud de cancelación por escrito. La notificación oral o escrita de la revocación de la autorización de información sobre drogas y alcohol será aceptada. Cualquier solicitud de revocación debe ser presentada al programa local del condado de Marion.
- Entiendo que las leyes federales o estatales prohíben volver a divulgar información sobre el VIH y el SIDA, la salud mental, y el diagnóstico de alcohol o drogas, registros de tratamiento, información de remisiones o registros de rehabilitación vocacional sin autorización específica.
- Entiendo que la información no sujeta a limitaciones en cuanto a su divulgación, como se señala inmediatamente antes, puede estar sujeta a una nueva divulgación, y ya no estaría protegida por las leyes federales o estatales.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

Si una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona firma el formulario de autorización, se deben proporcionar pruebas o documentación de la autoridad para actuar en nombre de la persona.

No complete la sección de abajo a menos que se requiera una copia fiel de la autorización original.

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

Para proporcionar o pagar los servicios de salud: Si el Condado de Marion actúa como **proveedor** de sus servicios de atención médica, o paga esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa Medicaid, puede optar por no firmar este formulario. Esa elección **no** afectará negativamente a su capacidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de salud tengan como único objetivo proporcionar información sobre la salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer esa divulgación. (*Ejemplos de esto serían: valoraciones, pruebas o evaluaciones*). Su elección de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otros organismos o agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y la divulgación de información **puede ser necesaria** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan su atención médica
- Para determinar si usted califica para otro DHS, OHA o el servicio de salud del condado de Marion, donde MCHHS no actúa como un proveedor de atención médica

Este es un formulario voluntario. El condado de Marion no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica financiados públicamente a la firma de esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, se le debe proporcionar información precisa sobre la forma en que la negativa a autorizar la divulgación de información puede afectar negativamente a la determinación de la elegibilidad o a la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le remita a un solo servicio que pueda ayudarle a usted y a su familia sin necesidad de intercambiar información.

SU RECONOCIMIENTO

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que logra.
- Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre los servicios que recibo de los Servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones enumeradas.
- Entiendo que puedo revocar (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento, y la revocación (*cancelación*) no se aplica a cualquier información ya divulgada. Excepto por la información sobre drogas y alcohol, el individuo o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona debe presentar la solicitud de cancelación por escrito. La notificación oral o escrita de la revocación de la autorización de información sobre drogas y alcohol será aceptada. Cualquier solicitud de revocación debe ser presentada al programa local del condado de Marion.
- Entiendo que las leyes federales o estatales prohíben volver a divulgar información sobre el VIH y el SIDA, la salud mental, y el diagnóstico de alcohol o drogas, registros de tratamiento, información de remisiones o registros de rehabilitación vocacional sin autorización específica.
- Entiendo que la información no sujeta a limitaciones en cuanto a su divulgación, como se señala inmediatamente antes, puede estar sujeta a una nueva divulgación, y ya no estaría protegida por las leyes federales o estatales.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra impresa:

Fecha:

Si una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona firma el formulario de autorización, se deben proporcionar pruebas o documentación de la autoridad para actuar en nombre de la persona.

No complete la sección de abajo a menos que se requiera una copia fiel de la autorización original.

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

Para proporcionar o pagar los servicios de salud: Si el Condado de Marion actúa como **proveedor** de sus servicios de atención médica, o paga esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa Medicaid, puede optar por no firmar este formulario. Esa elección **no** afectará negativamente a su capacidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de salud tengan como único objetivo proporcionar información sobre la salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer esa divulgación. (*Ejemplos de esto serían: valoraciones, pruebas o evaluaciones*). Su elección de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otros organismos o agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y la divulgación de información **puede ser necesaria** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan su atención médica
- Para determinar si usted califica para otro DHS, OHA o el servicio de salud del condado de Marion, donde MCHHS no actúa como un proveedor de atención médica

Este es un formulario voluntario. El condado de Marion no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica financiados públicamente a la firma de esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, se le debe proporcionar información precisa sobre la forma en que la negativa a autorizar la divulgación de información puede afectar negativamente a la determinación de la elegibilidad o a la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le remita a un solo servicio que pueda ayudarle a usted y a su familia sin necesidad de intercambiar información.



Autorización de uso y Divulgación de información individual

Apellido legal de la persona:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres utilizados por la persona:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Tipo de identificación (Elija una): <input type="radio"/> Identificación principal <input type="radio"/> Número de registro médico <input type="radio"/> Número de seguro social			#
Apellido legal del representante:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	

* Al firmar este formulario, autorizo a los que nombro a divulgar información confidencial específica sobre mí. Si respondo "Sí" a la pregunta de *Intercambio Mutuo*, doy mi permiso a las agencias que nombro para que compartan información en ambos sentidos. Esto es para que puedan proporcionarme mejores servicios. *

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): Mensajes de Texto/Texting:	
Persona de contacto:	Número de teléfono:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax:
Información específica que se debe divulgar. (Por favor, sea lo más detallado posible): Toda y cualquier información de salud mental	
Información especialmente protegida: (Podrán aplicarse leyes adicionales relativas al uso y la divulgación si la información que ha de revelarse contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados en este recuadro. Entiendo que esta información no será divulgada a menos que yo o mi representante coloquemos las iniciales en el espacio junto al tipo de información).	
VIH/SIDA: _____	Salud mental: _____
Pruebas genéticas: _____	
Diagnóstico, tratamiento y remisión de alcohol/drogas: _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): Marion County Health & Human Services	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*: 1 Año	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

* Esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

SU RECONOCIMIENTO

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que logra.
- Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre los servicios que recibo de los Servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones enumeradas.
- Entiendo que puedo revocar (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento, y la revocación (*cancelación*) no se aplica a cualquier información ya divulgada. Excepto por la información sobre drogas y alcohol, el individuo o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona debe presentar la solicitud de cancelación por escrito. La notificación oral o escrita de la revocación de la autorización de información sobre drogas y alcohol será aceptada. Cualquier solicitud de revocación debe ser presentada al programa local del condado de Marion.
- Entiendo que las leyes federales o estatales prohíben volver a divulgar información sobre el VIH y el SIDA, la salud mental, y el diagnóstico de alcohol o drogas, registros de tratamiento, información de remisiones o registros de rehabilitación vocacional sin autorización específica.
- Entiendo que la información no sujeta a limitaciones en cuanto a su divulgación, como se señala inmediatamente antes, puede estar sujeta a una nueva divulgación, y ya no estaría protegida por las leyes federales o estatales.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

Si una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona firma el formulario de autorización, se deben proporcionar pruebas o documentación de la autoridad para actuar en nombre de la persona.

No complete la sección de abajo a menos que se requiera una copia fiel de la autorización original.

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

Para proporcionar o pagar los servicios de salud: Si el Condado de Marion actúa como **proveedor** de sus servicios de atención médica, o paga esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa Medicaid, puede optar por no firmar este formulario. Esa elección **no** afectará negativamente a su capacidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de salud tengan como único objetivo proporcionar información sobre la salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer esa divulgación. (*Ejemplos de esto serían: valoraciones, pruebas o evaluaciones*). Su elección de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otros organismos o agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y la divulgación de información **puede ser necesaria** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan su atención médica
- Para determinar si usted califica para otro DHS, OHA o el servicio de salud del condado de Marion, donde MCHHS no actúa como un proveedor de atención médica

Este es un formulario voluntario. El condado de Marion no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica financiados públicamente a la firma de esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, se le debe proporcionar información precisa sobre la forma en que la negativa a autorizar la divulgación de información puede afectar negativamente a la determinación de la elegibilidad o a la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le remita a un solo servicio que pueda ayudarle a usted y a su familia sin necesidad de intercambiar información.



Autorización de uso y Divulgación de información individual

Apellido legal de la persona:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres utilizados por la persona:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Tipo de identificación (Elija una): <input type="radio"/> Identificación principal <input type="radio"/> Número de registro médico <input type="radio"/> Número de seguro social			#
Apellido legal del representante:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	

* Al firmar este formulario, autorizo a los que nombro a divulgar información confidencial específica sobre mí. Si respondo "Sí" a la pregunta de *Intercambio Mutuo*, doy mi permiso a las agencias que nombro para que compartan información en ambos sentidos. Esto es para que puedan proporcionarme mejores servicios. *

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): Correo electrónico/Email:	
Persona de contacto:	Número de teléfono:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax:
Información específica que se debe divulgar. (Por favor, sea lo más detallado posible): Toda y cualquier información de salud mental	
Información especialmente protegida: (Podrán aplicarse leyes adicionales relativas al uso y la divulgación si la información que ha de revelarse contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados en este recuadro. Entiendo que esta información no será divulgada a menos que yo o mi representante coloquemos las iniciales en el espacio junto al tipo de información).	
VIH/SIDA: _____	Salud mental: _____ Pruebas genéticas: _____
Diagnóstico, tratamiento y remisión de alcohol/drogas: _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): Marion County Health & Human Services	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*: 1 Año	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

* Esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

SU RECONOCIMIENTO

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que logra.
- Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre los servicios que recibo de los Servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones enumeradas.
- Entiendo que puedo revocar (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento, y la revocación (*cancelación*) no se aplica a cualquier información ya divulgada. Excepto por la información sobre drogas y alcohol, el individuo o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona debe presentar la solicitud de cancelación por escrito. La notificación oral o escrita de la revocación de la autorización de información sobre drogas y alcohol será aceptada. Cualquier solicitud de revocación debe ser presentada al programa local del condado de Marion.
- Entiendo que las leyes federales o estatales prohíben volver a divulgar información sobre el VIH y el SIDA, la salud mental, y el diagnóstico de alcohol o drogas, registros de tratamiento, información de remisiones o registros de rehabilitación vocacional sin autorización específica.
- Entiendo que la información no sujeta a limitaciones en cuanto a su divulgación, como se señala inmediatamente antes, puede estar sujeta a una nueva divulgación, y ya no estaría protegida por las leyes federales o estatales.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma de la persona o su representante legal: _____

Nombre en letra imprenta: _____

Fecha: _____

Si una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la persona firma el formulario de autorización, se deben proporcionar pruebas o documentación de la autoridad para actuar en nombre de la persona.

No complete la sección de abajo a menos que se requiera una copia fiel de la autorización original.

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print): _____

Initiating agency name/location: _____

Date: _____

Signature of agency staff certifying true copy: _____

Initial and date (if form has been copied): _____

Información requerida para el cliente

Para proporcionar o pagar los servicios de salud: Si el Condado de Marion actúa como **proveedor** de sus servicios de atención médica, o paga esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa Medicaid, puede optar por no firmar este formulario. Esa elección **no** afectará negativamente a su capacidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de salud tengan como único objetivo proporcionar información sobre la salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer esa divulgación. (*Ejemplos de esto serían: valoraciones, pruebas o evaluaciones*). Su elección de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otros organismos o agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y la divulgación de información **puede ser necesaria** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan su atención médica
- Para determinar si usted califica para otro DHS, OHA o el servicio de salud del condado de Marion, donde MCHHS no actúa como un proveedor de atención médica

Este es un formulario voluntario. El condado de Marion no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica financiados públicamente a la firma de esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, se le debe proporcionar información precisa sobre la forma en que la negativa a autorizar la divulgación de información puede afectar negativamente a la determinación de la elegibilidad o a la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le remita a un solo servicio que pueda ayudarle a usted y a su familia sin necesidad de intercambiar información.