

LANE COUNTY HEALTH & HUMAN SERVICES
BEHAVIORAL HEALTH AND COMMUNITY HEALTH CENTERS OF LANE COUNTY
AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha de vigencia: 30 de junio de 2015



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE POSEE SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON DETENIMIENTO

Lane County Health & Human Services, HHS (Servicios Sanitarios y Humanos del Condado de Lane) provee muchos tipos de servicios, tales como salud pública, salud mental y servicios de protección contra las drogas y el alcohol. El personal de HHS debe recopilar información sobre usted para poder brindar estos servicios. HHS sabe que la información que recopilamos sobre usted y su salud es confidencial. Las leyes federales y estatales obligan a HHS a proteger esta información, llamada "información protegida sobre la salud" (PHI, por sus siglas en inglés).

El Aviso de Prácticas de Confidencialidad describirá cómo HHS puede usar o revelar la información que posee sobre usted. No se describirán todas las situaciones. HHS tiene la obligación de proporcionarle un aviso sobre nuestras prácticas de confidencialidad respecto a la información que recopilamos y guardamos sobre usted. HHS debe respetar las condiciones del aviso que se encuentre en vigor.

HHS puede usar y revelar información sin su autorización

- **Para tratamientos.** HHS puede usar o revelar información a los proveedores de atención a la salud que participen en el cuidado de su salud. Por ejemplo, se puede compartir información para crear e implementar un plan para su tratamiento. **Existen excepciones para algunos servicios de alcohol y drogas, salud mental y VIH.**
- **Para coordinar el cuidado.** Ahora HHS es parte de La organización de atención coordinada del Estado (CCO, por sus siglas en inglés). Si usted es miembro del Plan de salud de Oregon, HHS podría usar o revelar información sobre su salud a otros proveedores en CCO, quienes están involucrados en su cuidado, con el propósito de proporcionar cuidado a la persona completa.
- **Para el pago.** HHS puede usar o revelar información para obtener el pago o para pagar por los servicios de atención a la salud que usted reciba. Por ejemplo, HHS puede proveer información protegida sobre la salud con objeto de cobrarle a su plan de salud los servicios de atención a la salud que se le brinden a usted.
- **Para operaciones de atención a la salud.** HHS puede usar o revelar información para administrar sus programas y actividades. Por ejemplo, HHS puede usar información protegida sobre la salud para evaluar la calidad de los servicios que usted reciba.
- **Para asociados de negocio.** Si la información es necesaria para que ellos desempeñen funciones en nombre de HHS o para revisiones medicas, servicios legales, auditorías o el manejo de actividades relacionadas al cumplimiento de HIPAA. Ellos están obligados a proteger la privacidad de su información.
- **Para actividades de supervisión de la salud.** HHS puede usar o revelar información durante inspecciones o investigaciones de nuestros servicios.
- **De acuerdo con lo requerido por las leyes y para la imposición del cumplimiento de la ley.** HHS usará y revelará información cuando las leyes federales o estatales lo requieran o permitan, o por una orden judicial.
- **Para informes e investigaciones sobre abusos.** La ley requiere que HHS reciba e investigue informes sobre abusos.
- **Para evitar perjudicar al individuo.** HHS puede revelar información protegida sobre la salud al cuerpo encargado de imponer el cumplimiento de la ley con el fin de evitar una amenaza seria a la salud y a la seguridad de una persona o del público.

Usos y revelaciones en situaciones especiales

Podemos usar y revelar su información protegida sobre la salud en las situaciones que se describen abajo a menos que usted nos avise por escrito que preferiría que no lo hiciéramos. Consulte la información de abajo sobre "Sus derechos a la confidencialidad de la información protegida sobre la salud" para obtener información sobre cómo solicitar limitaciones.

- **Citas y otra información sobre salud.** HHS puede enviarle recordatorios para su atención médica o exámenes de rutina.
- **Para actividades de salud pública.** HHS es la agencia de salud pública que guarda y actualiza expedientes vitales, tales como nacimientos y muertes, y da seguimiento a algunas enfermedades.
- **Para programas gubernamentales.** HHS puede usar y revelar información para beneficios públicos en otros programas gubernamentales. Por ejemplo, HHS puede revelar información para determinar los beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés).
- **Para investigación.** HHS usa información para estudios y para desarrollar informes. Estos informes no identifican a pacientes específicos.
- **Individuos involucrados en su cuidado.** HHS podría divulgar su información a personas que usted haya identificado que estén involucradas en el cuidado de su salud, tales como un familiar, pariente o amigo, u otros. Esta información debe estar directamente relacionada con la participación de dichas personas en su cuidado. Si usted no pudiera asentir a esta divulgación, por ejemplo en una emergencia médica, es posible que divulguemos lo que sea necesario si determinamos que es para su beneficio, según nuestro criterio profesional.

Otros usos y revelaciones requieren su autorización escrita

Para otras situaciones, HHS solicitará su autorización por escrito antes de usar o compartir información, incluso para propósitos de publicidad o cualquier otra situación que constituya una venta de Información Protegida Sobre la Salud (PHI en inglés). Usted puede escribirnos para cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. HHS no puede retirar ningún uso ni revelación que ya haya sido realizado con su autorización.

- **Otras leyes protegen la información protegida sobre la salud.** Muchos programas de HHS tienen otras leyes para el uso y revelación de información sobre usted. Por ejemplo, a excepción de lo descrito anteriormente para la coordinación del cuidado, usted debe dar su autorización escrita para que HHS use y revele sus expedientes de salud mental, VIH o tratamiento para el alcohol o las drogas.

Sus derechos a la confidencialidad de la información protegida sobre la salud

Cuando HHS mantiene la información como agencia de salud pública, los expedientes de salud pública se ven gobernados por otras leyes estatales y federales y no se encuentran sujetos a los derechos que se describen abajo

- **Derecho a ver y obtener copias de sus expedientes.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a mirar u obtener copias de sus expedientes. Debe solicitarlo por escrito. Es posible que se le cobre una pequeña suma por el costo de fotocopiar sus expedientes.
- **Derecho a solicitar una corrección o a actualizar sus expedientes.** Usted puede solicitar que HHS modifique o agregue información a sus expedientes si piensa que existe un error. Debe hacerlo por escrito, y dar una razón para su solicitud.
- **Derecho a obtener una lista de revelaciones.** Usted tiene derecho a solicitar a HHS una lista de las revelaciones que se hayan llevado a cabo después del 14 de abril de 2003. Debe hacerlo por escrito. Esta lista no incluirá las veces que la información se reveló para tratamiento, pago u operaciones de atención a la salud. La lista no incluirá información suministrada directamente a usted o a su familia ni información que se haya enviado con su autorización.
- **Derecho a solicitar limitaciones sobre los usos o revelaciones de información protegida sobre la salud.** Usted tiene derecho a solicitar que HHS limite la forma en que se usa o revela su información. Debe hacerlo por escrito y especificar a HHS qué información desea limitar y a quién desea que se aplique dicha limitación. En la mayoría de los casos, HHS no tiene la obligación de acceder a la restricción. Si se solicita y es consistente con la ley, HHS ha de acordar no enviar información sobre su salud a su plan de salud para recibir pago con propósito de operar el cuidado de salud si la información es pertinente aun artículo o servicio de cuidado de la salud por el cual usted le ha pagado en su totalidad a HHS de su bolsillo. Usted puede solicitar que las restricciones terminen por escrito o verbalmente.
- **Derecho a elegir cómo nos comunicamos con usted.** Usted tiene derecho a solicitar que HHS comparta información con usted de una cierta manera o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar a HHS que envíe información a su dirección laboral en lugar de hacerlo a su domicilio particular. Debe hacerlo por escrito. No tiene la obligación de explicar en qué se basa su solicitud.
- **Derecho a presentar una queja.** Usted tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la manera en que HHS ha usado o revelado información sobre usted.
- **Derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.
- **Derecho a recibir notificación de infracción.** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros (o un asociado de negocio) descubrimos una infracción en su información no segura de salud.

Cómo ponerse en contacto con HHS para revisar, corregir o restringir su información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Usted puede ponerse en contacto con su oficina local de HHS o con el Agente de Confidencialidad de HHS en la dirección que se menciona al final de este aviso para:

- Pedir que se le deje ver o fotocopiar sus expedientes
- Solicitar una corrección o modificación de sus expedientes
- Solicitar una lista de las veces que HHS reveló información sobre usted
- Pedir que se cancele una autorización
- Pedir que se le limite la manera en que se usa o revela la información sobre usted

HHS puede rechazar su solicitud de mirar, copiar o modificar sus expedientes. Si HHS rechaza su solicitud, se le enviará una carta en la que se le explicará por qué y cómo puede solicitar una revisión del rechazo. Además, recibirá información sobre cómo presentar una queja en HHS o en el Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles.

Cómo presentar una queja o reportar un problema

Usted puede ponerse en contacto con cualquiera de las personas que se mencionan abajo si desea presentar una queja o reportar un problema con respecto a cómo HHS ha usado o revelado información sobre usted. HHS no puede ejercer represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a aceptar algo que considere ilegal.

Servicios de Salud y Sociales de Lane County, Dudas sobre la política de HIPAA de H&HS

151 W 7th Avenue, Room 520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-8710 Fax: 541-682-3804 Correo electrónico: HSHIPAAConcerns@co.lane.or.us

US Department of Health & Human Services, Medical Privacy, Complaint Division

(Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de EE.UU. Confidencialidad Médica, División de Quejas)

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, HHH Building, Room 509H

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 866-627-7748 TTY: 886-788-4989 Correo electrónico: www.hhs.gov/ocr

Para mayor información

Si usted tiene cualquier pregunta sobre este aviso o necesita más información, por favor póngase en contacto con la programa:

Servicios de Salud y Sociales de Lane County, Dudas sobre la política de HIPAA de H&HS

151 W 7th Avenue, Room 520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-8710 Fax: 541-682-3804 Correo electrónico: HSHIPAAConcerns@co.lane.or.us

En el futuro, HHS puede modificar su Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Cualquier modificación se aplicará a la información que HHS ya posee, así como a cualquier información que HHS reciba en el futuro. Se colocará una copia del nuevo aviso en cada lugar e instalación de HHS y se distribuirá de acuerdo con la ley. Usted puede solicitar una copia de la nota vigente cuando visite una instalación de HHS, o puede obtenerla por Internet en www.lanecounty.org/hhs.



LANE COUNTY BEHAVIORAL HEALTH & COMMUNITY HEALTH CENTERS OF LANE COUNTY



Registro del paciente de nuevo ingreso

Por favor llene todas las páginas del formulario

Información del paciente								
Apellido(s)		Nombre		Segundo nombre		Apodo (Nombre preferido)		
Fecha de hoy: mes / día / año		Fecha de nacimiento: mes / día / año		Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (mujera hombre) <input type="checkbox"/> Mujer trangénero (hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Algo diferente <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar <input type="checkbox"/> No sé		Pronombres que yo uso: <input type="checkbox"/> Él, Su, Suyo <input type="checkbox"/> Ella, Su, Suya <input type="checkbox"/> Ellos, Sus, Suyos <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
Dirección del paciente								
Domicilio			Dirección postal		<input type="checkbox"/> Misma que el domicilio			
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad		
						Estado		
						Código postal		
Información de contacto del paciente								
Teléfono primario (para dejarle recordatorios* de su cita): ()			Otro número de teléfono: ()					
Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Celular			Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Alterno <input type="checkbox"/> Secundario					
*Preferencia para la notificación de recordatorios de citas: <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica								
Contacto de emergencia								
Nombre del contacto de emergencia:		Parentesco al paciente:		Teléfono del contacto de emergencia: ()				
Para pacientes pediátricos, edades 0-18: información de los padres								
Nombre: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre			Nombre: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre					
Teléfono primario: ()			Teléfono primario: ()					
Para pacientes con tutor legal: información del tutor (se requiere documentación del tutor legal)								
Nombre del tutor legal:			Teléfono primario del tutor legal: ()					
Información adicional del paciente								
Idioma principal que habla: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____								
¿Necesita un intérprete en sus citas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique el idioma _____								
Situación de vivienda – Marque lo que mejor describa su vivienda: <input type="checkbox"/> Vive en casa de otras personas <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Tiene un hogar <input type="checkbox"/> Tiene hogar ahora pero estuvo sin hogar en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Otro por ejemplo: Vive en la calle, campamento, puente Habita en vivienda de transición		Raza – Por favor marque TODAS las que mejor describan su raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indígena americano <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del pacífico <input type="checkbox"/> Blanca		Etnicidad – Por favor marque TODAS las que mejor describan su etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino				

Información del paciente (continuación)	
Veterano de guerra de los Estados Unidos:	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano
Situación de empleo: ¿El ingreso principal de su familia es de trabajo agrícola o de campo?	
• Incluye la siembra, desmalezar, arar, irrigar, y/o cosechar cultivos y/o árboles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió Sí , ¿usted o su familia trabajan en la agricultura todo el año o solo por temporada? <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> Por temporada	
Si es trabajador agricultor, ¿se mudó usted o su familia en los dos últimos años para hacer este trabajo?	
• Incluye a los que han dejado de mudarse por discapacidad o edad <input type="checkbox"/> Mudó <input type="checkbox"/> No mudó	
Datos sobre los ingresos y hogar	
Ingresos mensuales brutos del hogar: \$ _____	Número de personas que estos ingresos mantiene: _____

Información sobre la persona responsable de esta cuenta			
Parte responsable: Persona responsable por esta cuenta (aunque usted tenga seguro médico)			
Yo (marque si usted es responsable por esta cuenta); si no, llene la sección abajo:			
Apellido	Nombre	Relación al paciente	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
			Fecha de nacimiento
Información sobre el seguro médico: Por favor traiga su comprobante de seguro médico a cada cita			
<input type="checkbox"/> Tengo Plan de Salud de Oregon (OHP)		<input type="checkbox"/> Tengo seguro médico privado	
<input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud			
Compañía aseguradora principal		Compañía aseguradora secundaria	
Compañía aseguradora principal	Fecha de vigencia	Compañía aseguradora secundaria	Fecha de vigencia
Número de grupo	# identificación/ # póliza	Número de grupo	# identificación/ # póliza
Persona asegurada		Persona asegurada	
Relación al paciente		Relación al paciente	
Fecha de nacimiento	Teléfono	Fecha de nacimiento	Teléfono

Autorización de prestaciones/seguro médico

Por la presente autorizo a Lane County Health & Human Services a facturar directamente a mi compañía de seguro médico por todos los servicios proporcionados por tratamiento médico y/o mental. Yo comprendo que tengo la responsabilidad económica a Lane County Health & Human por los cargos que no sean cubiertos por mi seguro médico dentro de los límites de la política de crédito de Lane County Health & Human Services. Por la presente, yo autorizo a Lane County Health & Human Services para que proporcione a mi compañía de seguro médico toda la información que dicha compañía pueda solicitar y/o requerir con respecto a mi enfermedad(es) y/o heridas incluyendo todo aspecto psiquiátrico, drogadicción, abuso del alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, de tal forma liberando a Lane County Health & Human Services de cualquier responsabilidad por proporcionar tal información.

Firma del paciente

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre con letra de imprenta/Relación con el paciente: _____

*En el caso de ser un representante legal que no sea padre/madre del menor el que firme esta Autorización, debe ser anexo documentación de dicha autoridad legal (p.e. carta poder de salud o representante de salud designado por la corte.)

Continúe en la siguiente página

Autorización para el tratamiento

Por la presente, yo autorizo a los médicos de Community Health Centers of Lane County a proporcionar tales servicios de salud, incluyendo médicos, de salud mental, cirugía, servicios ordinarios o de emergencia, que sea de mayor beneficio para mí, mi hijo/a, o niño/a del cual soy tutor legal.

Yo entiendo que tengo el derecho de ser informado de servicios y procedimientos específicos, incluyendo información sobre los riesgos, beneficios, y alternativas a cada servicio propuesto para mi cuidado. Yo entiendo que mi participación en estos servicios es voluntaria, tengo el derecho de negar cualquier servicio en particular, y puedo retirarme de estos servicios en cualquier momento. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas sobre cualquier servicio proporcionado en cualquier momento. Si tengo inquietudes, tengo el derecho de hablar con un supervisor del programa y/o llenar un formulario de queja el cual será contestado rápida y respetuosamente.

Yo entiendo que existen varias excepciones al derecho paciente/médico. Por ejemplo, bajo la ley de Oregón, Lane County Health & Human Services tiene la obligación de reportar:

- a. abuso a menores
- b. abuso a personas de la tercera edad
- c. abuso a personas con enfermedad mental o discapacidad de desarrollo
- d. cuando es requerido por una orden de la corte
- e. daño o potencial de daño a sí mismo o a otros

Esta autorización continuará y será vigente y en efecto hasta que se revoque por escrito.

Firma del paciente

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre con letra de imprenta/ Relación al paciente: _____

*En el caso de ser un representante legal que no sea padre/madre del menor el que firme esta Autorización, debe ser anexo documentación de dicha autoridad legal (p.e. carta poder de salud o representante de salud designado por la corte.)

Esta página está intencionalmente en blanco.

Lane County Behavioral Health
y
Community Health Centers of Lane County



**Aviso de Prácticas de Privacidad
Acuse de Recibo**

El Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo Lane County Health & Human Services (HHS) puede usar o revelar información suya. No se describirán todas las situaciones. Lane County HHS tiene la obligación de proporcionarle un aviso sobre nuestras prácticas de privacidad respecto a la información que recopilamos y guardamos sobre usted.

Yo, _____ (nombre del cliente), recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Lane County Health & Human Services y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se usará mi información.

Parentesco:

- Paciente
- Tutor legal del paciente (o padre/madre de un paciente menor no emancipado)
- Persona autorizada para tomar decisiones de parte del paciente (por ejemplo una carta poder médica)

Firma del paciente

Fecha: _____

Firma del padre o tutor legal

Fecha: _____

*Si esta autorización es firmada por un representante legal que no sea el padre/madre del menor, se debe anexar a esta Autorización documentación legal por ejemplo una carta poder de cuidado de salud, o representante de cuidado de salud asignado por la corte.)

Esta página esta intencionalmente en blanco.



Autorización para la divulgación y uso de información de salud
Registro de paciente nuevo

Información del paciente

Nombre del paciente (letra de molde):	
Domicilio:	Fecha de nacimiento: _____ mes / día / año
Ciudad: Estado: Código postal:	Teléfono:

Yo autorizo y pido que mi expediente de salud sea divulgado del siguiente médico o clínica de salud a Community Health Centers of Lane County con el propósito de continuar el cuidado de salud.
PLEASE FAX THE PATIENT'S RECORDS TO 541-682-9990 (Número de fax)

Ubicación del expediente: médico o clínica

Nombre del médico o clínica:	
Domicilio:	Teléfono:
Ciudad: Estado: Código postal:	Fax:

Información sobre la divulgación

Al escribir mis iniciales en los espacios abajo, específicamente autorizo la divulgación de los siguientes expedientes, si existen:

 INICIAL AQUÍ Últimos 12 meses: *notas del expediente médico; expediente de cuidado de emergencia/urgencia; reporte de laboratorio*

 INICIAL AQUÍ Todos los expedientes relacionados a: *reportes de patología, reportes de imágenes diagnósticas; vacunación; expediente de hospital y notas clínicas del hospital.*

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA Y COMPLETE: Yo autorizo que la información donde escribo mis iniciales pueda ser usada, divulgada o recibida. (Debe tener sus iniciales para ser incluida con los demás documentos divulgados)

_____ INICIAL AQUÍ <i>Expedientes relacionados al HIV/SIDA</i>	_____ INICIAL AQUÍ <i>Información sobre pruebas genéticas</i>
_____ INICIAL AQUÍ <i>Información sobre salud mental</i>	_____ INICIAL AQUÍ <i>Información sobre alcohol y drogas</i>

Autorización

Mi firma indica que yo autorizo la divulgación de la información arriba mencionada y entiendo lo siguiente:

- Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización y que mi decisión de no firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento o mi elegibilidad para obtener seguro de salud.
- Entiendo que puedo cancelar mi permiso para usar y divulgar mi información, en cualquier momento y por escrito. La única excepción es cuando alguna acción se ha llevado a cabo de acuerdo a esta autorización. Al menos que sea revocada anteriormente, esta autorización **vencerá un año después de ser firmada**, o permanecerá en efecto durante el tiempo necesario razonable para conseguir la información.
- Entiendo que este cambio no afectará información que ya se haya divulgado.
- Entiendo que la información usada o divulgada por medio de esta autorización, puede ser sujeta a ser divulgada nuevamente y ya no protegida bajo la ley federal. Yo entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la re divulgación de información relacionada con HIV/SIDA, información sobre salud mental, pruebas genéticas, diagnosis, tratamiento o referidos de alcohol o drogas.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha _____

Nombre con letra de imprenta/Relación con el paciente: _____

*Si esta autorización es firmada por un representante legal que no sea el padre/madre del menor, se debe anexar a esta autorización documentación legal por ejemplo una carta poder de cuidado de salud, o representante de cuidado de salud, o representante de cuidado de salud asignado por la corte.

Esta página está intencionalmente en blanco.



Permiso para Discutir Verbalmente Información de Salud Protegida con Miembros de la Familia y Amistades

Llenar este formulario es opcional.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
----------------------------	----------------------------

Al firmar este formulario, doy permiso para que Community Health Centers del Condado de Lane comparta VERBALMENTE la información que he indicado abajo, relacionada a mi cuidado de salud, coordinación de cuidado, o coordinación de pago por mi cuidado de salud. Este formulario no autoriza dar copias de mi expediente médico a las personas mencionadas.

- Información sobre citas (programar, cancelar, cambiar o confirmar día/hora)
- Información sobre medicamentos, incluyendo mis síntomas, diagnósticos, medicamentos(s), tratamiento y coordinación de resurtido de recetas.
- Resultados de pruebas por ejemplo de laboratorio, imágenes y otros resultados diagnósticos.
- Facturas e información sobre pagos

Otro (describa): _____

Community Health Centers del Condado de Lane tiene mi permiso para discutir la información arriba mencionada con las siguientes amistades o miembros de mi familia. Esta información es directamente relevante a su involucración en mi cuidado de salud (o pago por ese cuidado):

1. Nombre _____ Relación al paciente _____
Tel. _____
2. Nombre _____ Relación al paciente _____
Tel. _____

Entiendo que en ciertas situaciones Community Health Centers del Condado de Lane puede hablar con otros individuos no identificados en este formulario que estén involucrados en mi cuidado de salud o pago del mismo, si es permitido por la ley.

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento excepto cuando Community Health Centers del Condado de Lane ya haya divulgado información en dependencia de esta autorización. **Yo entiendo que este permiso se mantiene vigente hasta que yo lo revoque por escrito.**

Firma del paciente/representante legal autorizado _____ Fecha _____

Si no es el paciente, especificar la relación con el paciente y autoridad para firmar _____
Se requiere documentación para confirmar la representación legal del paciente

(VER INFORMACIÓN EN LADO REVERSO)

Permiso para Discutir Verbalmente Información de Salud Protegida con Miembros de la Familia y Amistades

Hemos establecido un proceso que le permite decirnos con quién podemos hablar sobre su cuidado de salud. Esto incluye información sobre citas, resultados de pruebas, información sobre el tratamiento e información sobre facturación.

¿Cómo puedo darle permiso a otros para que obtengan información verbal sobre mí?

Llene el formulario Permiso para Discutir Verbalmente Información de Salud Protegida con Miembros de la Familia y Amistades **en el reverso de esta página** para indicar con quien podemos hablar sobre su información. Marque los cuadros que indiquen el tipo de información que podemos discutir

¿Esto significa que no hablarán con nadie que no haya indicado específicamente en el formulario?

No. Si está permitido por la ley, Community Health Centers del Condado de Lane puede hablar con otros individuos involucrados en su cuidado (o en el pago por ese cuidado).

¿Cómo se usa la información en el formulario?

Cada vez que su persona autorizada llame o haga una pregunta de su parte, verificaremos que el individuo tenga su autorización para recibir la información y entonces le daremos la información.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuando esto sea útil?

- Si un paciente quiere compartir información con su pareja
- Si un adulto mayor quiere que su hijo adulto le ayude a entender instrucciones sobre tratamiento médico
- Si un hijo adulto está ayudando con preguntas de facturación
- Si una amistad está ayudando a un paciente con asuntos de salud
- Si un estudiante universitario quiere compartir información con su padre/madre
- Si un hijo adulto llama para preguntar sobre la hora de cita de su padre/madre

¿Qué pasa si quiero hacer un cambio?

Usted puede cambiar o revocar (cancelar) este proceso en cualquier momento al llenar un formulario disponible en nuestras clínicas.

¿Qué pasa si no completo este formulario?

Nosotros continuaremos protegiendo su información privada de acuerdo a la ley.

¿Puede recibir la persona autorizada copias de mi expediente médico también?

No, solo pueden recibir información verbal. Para conseguir copias de su expediente médico, debe llenar un formulario de Autorización separado en su clínica o nos puede llamar al 541-682-3550 para mayor información.

(FORMULARIO EN LADO REVERSO)