



**LANE COUNTY BEHAVIORAL HEALTH &  
COMMUNITY HEALTH CENTERS OF LANE COUNTY**



**Registro del paciente de nuevo ingreso: PEDIATRÍA**

**Por favor llene todas las páginas del formulario**

<b>Información del paciente</b>					
<b>Apellido(s)</b>	<b>Nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apodo (Nombre preferido)</b>		
<b>Fecha de hoy:</b> __ / __ / ____	<b>Fecha de nacimiento:</b> __ / __ / ____	<b>Sexo al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
<b>Identidad de género:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar	<b>Orientación sexual:</b> <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	<b>Pronombres que yo uso:</b> <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			
<b>Dirección del paciente</b>					
Domicilio			Dirección postal <input type="checkbox"/> Misma que el domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
<b>Información de contacto del paciente</b>					
Teléfono primario (para dejarle recordatorios* de su cita): (    ) ¿Es teléfono celular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Teléfono secundario: (    ) ¿Es teléfono celular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
*Recordatorios a celulares siempre serán enviados por mensaje de texto. <input type="checkbox"/> Solo quiero mensajes de voz <input type="checkbox"/> No quiero recibir recordatorios					
<b>Correo electrónico:</b>					
<b>Contacto de emergencia</b>					
Nombre del contacto de emergencia:		Parentesco al paciente:		Teléfono del contacto de emergencia: (    )	
<b>Para pacientes pediátricos, edades 0-18: información de los padres</b>					
Nombre: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre			Nombre: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre		
Teléfono primario: (    )			Teléfono primario: (    )		
<b>Para pacientes con tutor legal: información del tutor (se requiere documentación del tutor legal)</b>					
Nombre del tutor legal:			Teléfono primario del tutor legal: (    )		
<b>Información adicional del paciente</b>					
<b>Idioma principal que habla:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____					
<b>¿Necesita un intérprete en sus citas?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor especifique el idioma _____					
<b>Situación de vivienda</b> – 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		<b>Raza</b> – Por favor marque TODAS las que mejor describan su raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro/a o afro estadounidense <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena asiático <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés/a		<b>Etnicidad</b> – Por favor marque TODAS las que mejor describan su etnicidad: <input type="checkbox"/> No, no de origen Hispano, Latino/a/x o Español/a <input type="checkbox"/> Sí, Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a, Chicano/a <input type="checkbox"/> Sí, Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Sí, Cubano/a <input type="checkbox"/> Sí, otro origen Hispano, Latino/a/x o Español/a	

Información del paciente (continuación)	
Veterano de guerra de los Estados Unidos:	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano
<b>Situación de empleo:</b> ¿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 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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			
<b>Parte responsable:</b> 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
<b>Autorización de prestaciones/seguro médico</b> 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.			
_____		_____	
<b>Firma del paciente</b>		<b>Firma del padre o tutor legal</b>	
		<b>Fecha</b>	
<b>Nombre con letra de imprenta/Relación con el paciente:</b> _____			
*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.)



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.)





**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	<u>Últimos 12 meses:</u> <i>notas del expediente médico; expediente de cuidado de emergencia/urgencia; reporte de laboratorio</i>
_____ INICIAL AQUÍ	<u>Todos los expedientes relacionados a:</u> <i>reportes de patología, reportes de imágenes diagnósticas; vacunación; expediente de hospital y notas clínicas del hospital.</i>

**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.







**RiverStone Clinic**  
2073 Olympic St  
Springfield, OR 97477  
Phone: 541-682-3550  
Fax: 541-682-3551



**Charnelton  
Community Clinic**  
151 W 7<sup>th</sup> Ave # 100  
Eugene, OR 97401  
Phone: 541-682-3550  
Fax: 541-682-6703



**Springfield Schools  
Health Center**  
1050 10<sup>th</sup> St  
Springfield, OR 97477  
Phone: 541-682-3550  
Fax: 541-682-9831



**MLK - Primary Care**  
2411 Martin Luther King Blvd  
Eugene, OR 97401  
Phone: 541-682-3550  
Fax: 541-682-9861



**Brookside Clinic**  
1680 Chambers St #103  
Eugene, OR 97402  
Phone: 541-682-3550  
Fax: 541-682-7612



**Delta Oaks Clinic**  
1022 Green Acres Rd  
Eugene, OR 97408  
Phone: 541-682-3550  
Fax: 541-682-7201

Dear Parents / Legal Guardians,

Community Health Centers of Lane County developed a form for parents/legal guardians in the event you need to send your child to a medical appointment with someone other than their parent or legal guardian (i.e. Step Parent, Grandparent, Family member, Friend of the family, etc.)

Please review and fill out this "Proxy Decision Maker for Minor Children" for any future appointments your child will attend with someone other than their parent or legal guardian. One form is needed for each child. This form will remain on file until it is revoked by parent/legal guardian signature.

Sincerely,

Community Health Centers of Lane County

*ESPAÑOL:*

Estimados Padres o Tutores,

Community Health Centers del Condado de Lane tiene un formulario para padres/tutores en el evento de que necesite enviar a su niño a una cita médica con alguien que no sea su padre o tutor legal (por ejemplo: padrastros, abuelos, miembro de la familia, amistad de la familia, etc.)

Por favor lea y llene el formulario "Apoderado para un menor de edad" para cualquier cita futura que su hija tenga a la que vaya con otra persona que no sea su padre, madre o tutor legal. Un formulario es necesario para cada niño. Este formulario permanecerá en su expediente hasta que sea revocado con la firma de su padre, madre o tutor legal.

Atentamente,

Community Health Centers del Condado de Lane

---

**YOUR TEAM**  
for better health

---

## Apoderado para un Menor de Edad



<b>Nombre completo del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento del paciente</b>

Un **apoderado** puede tomar decisiones relacionadas al cuidado de salud de su niño/a menor de edad que esté recibiendo servicios y cuidado de salud en Community Health Centers del Condado de Lane.

Los proveedores de cuidado a continuación son mis **apoderados** y están autorizados para traer a mi niño/a a Community Health Centers del Condado de Lane para citas/tratamiento médico y pueden tomar decisiones médicas relacionadas a mi niño/a en mi ausencia.

<b>Nombre completo del proveedor de cuidado</b>	<b>Relación al niño/a</b>	<b>Excepción a la toma de decisiones</b> (nombrar cualquier punto en que usted <b>no da</b> permiso al proveedor de decidir. Por ejemplo: inyecciones, vacunas, pruebas diagnósticas)

El/las/los proveedor(es) arriba mencionados son adultos y legal y medicamente competentes para ejercitar esta autoridad como es delegada y descrita a continuación.

Además, autorizo a Community Health Centers del Condado de Lane para seleccionar o discutir, con las personas designadas anteriormente, ya sea en persona o por teléfono, los síntomas y/o condición médica de mi niño/a, para ayudar y aconsejar al proveedor de cuidado sobre las opciones de tratamiento inmediatas para mi niño/a sintomático. Esto incluye divulgar información de salud protegida, y yo autorizo al/los proveedor(es) de cuidado arriba mencionados para obtener de mi parte, cualquier expediente médico y formularios de Community Health Centers del Condado de Lane.

Si la naturaleza del cuidado médico no es rutinaria, por favor traten de comunicarse conmigo al siguiente número telefónico: \_\_\_\_\_. Yo comprendo que el/los proveedor(es) de cuidado de salud apoderado arriba mencionado puede(n) autorizar servicios no rutinarios.

**Nota importante: Proveedores de cuidado deben presentar identificación con foto al venir a la cita.**

Por la presente, declaro que son el padre/madre/tutor del niño/a arriba mencionado y que soy legalmente responsable de tomar cualquier y todas las decisiones con respecto a su cuidado médico. Estoy de acuerdo en ser fiscalmente responsable por todos los servicios proporcionados en mi ausencia. Comprendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta ser revocada por mí, por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de imprenta del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma de permiso de **revocación**

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

*Llenar este formulario es opcional.*

<b>Nombre del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
----------------------------	----------------------------

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 sea revocado.**

**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***

Para revocar (cancelar) todos los permisos para verbalmente discutir cualquier información futura relacionada a su cuidado de salud con el/los individuos arriba mencionados, por favor llene esta sección a continuación. Se requiere un nuevo formulario de permiso si desea modificar su lista de personas autorizadas.

Al firmar a continuación, you deseo revocar (cancelar) mi permiso para discutir información de salud protegida. Yo entiendo que puedo pedir y llenar un nuevo formulario con información modificada.

**Firma del paciente/representante legal autorizado** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## **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.

**(VER LADO REVERSO)**

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



Fecha efectiva: 24 de febrero, 2023

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA  
Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN**

El departamento de Servicios Sociales y de Salud de Lane County (HHS, por sigla en inglés) ofrece varios tipos de servicios de salud pública y mental y tratamientos de adicciones a drogas y alcohol. Para poder ofrecer estos servicios, el personal de HHS solicitará su información personal. HHS sabe que la información que reúne sobre usted es privada. HHS está obligado por las leyes federales y estatales a proteger esta información. Nos referimos a esta información como “información de salud protegida (PHI, por sigla en inglés).”

El Aviso de Prácticas de Privacidad le dirá cómo podría HHS usar o divulgar su información personal. No se describirán todas las situaciones posibles. HHS está obligado a darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad sobre la información que reunimos y guardamos sobre usted. HHS está obligado a respetar los términos del aviso que esté vigente ahora.

**HHS podría usar y divulgar su información sin solicitar su autorización**

- **Para tratamiento.** HHS podría usar o divulgar su información al tratar con proveedores de atención médica que lo estén atendiendo. Por ejemplo, podría compartir su información con el fin de crear y poner en práctica un plan para su tratamiento. Existen excepciones en cuanto a algunos servicios de A&D, salud mental y VIH. Algunas partes de su información pueden ser compartidas electrónicamente por medio de un Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés). Si no desea que su información sea incluida en el HIE, puede excluir esto al contactar a Lane County Behavioral Health o a Community Health Centers del Condado de Lane.
- **Para pago.** HHS podría usar o divulgar información para obtener un pago o para pagar los servicios médicos que usted reciba. Por ejemplo, HHS podría compartir PHI para cobrarle a su plan de salud por la atención médica que usted ha recibido.
- **Para operaciones de atención médica.** HHS podría usar o divulgar información para manejar sus programas y actividades. Por ejemplo, HHS podría usar PHI para revisar la calidad de los servicios que usted recibe.
- **Para actividades de supervisión de salud.** HHS podría usar o divulgar información durante inspecciones o investigaciones de nuestros servicios.
- **Como exija la ley y para el cumplimiento de la misma.** HHS usará y divulgará la información cuando se requiera o lo permitan las leyes federales o estatales, o por una orden judicial.
- **Para reportes o investigaciones de abusos.** HHS está obligado por ley a recibir e investigar todo reporte de abuso.
- **Para evitar daños.** HHS podría divulgar PHI a las autoridades para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de una persona o de la sociedad en general.

**Uso y divulgación en situaciones especiales**

*Es posible que usemos o divulguemos su PHI en las situaciones descritas a continuación a menos que usted nos notifique por escrito que no quiere que lo hagamos. Vea la información en la sección titulada “Sus derechos de privacidad de PHI” para conocer detalles acerca de cómo solicitar limitaciones.*

- **Citas y otra información médica.** HHS podría enviarle recordatorios sobre atención o exámenes médicos.
- **Para actividades de salud pública.** HHS es la agencia de salud pública que archiva y actualiza los registros vitales como los nacimientos y los decesos, y que además hace un seguimiento de algunas enfermedades.
- **Para programas gubernamentales.** HHS podría usar y divulgar la información para beneficios públicos bajo otros programas gubernamentales. Por ejemplo, HHS podría divulgar la información para la determinación de beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI, por sigla e inglés).
- **Para investigación.** HHS usa la información para realizar estudios e informes, que no identifican a personas específicas.
- **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.

**En caso de otros usos y divulgaciones se requiere su autorización por escrito**

*Para otras situaciones, HHS solicitará su autorización por escrito antes de usar y divulgar su información; en este rubro se incluyen los asuntos de marketing o cualquier otra situación que constituya una venta de PHI. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito. HHS no puede anular ningún uso o divulgación ya realizados con su autorización.*

- **Otras leyes protegen la PHI.** Muchos programas de HHS tienen otras leyes para el uso y la divulgación de su información personal. Por ejemplo, excepto como se mencionó arriba para la atención coordinada, usted debe dar su autorización por escrito para que HHS use y divulgue su información mental y de VIH o su historial de tratamiento por uso de alcohol o drogas.

**Sus derechos de privacidad de PHI**

*Cuando la información es manejada por HHS como agencia de salud pública, los archivos de salud pública se rigen por otras leyes estatales y federales y no están sujetos a los derechos descritos a continuación.*

- **Derecho de ver y obtener copias de su historial.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho de ver u obtener copias de su historial. Tiene que hacer la solicitud por escrito. Es posible que se le cobre el costo de copiar su historial.
- **Derecho de solicitar una corrección o actualización de su historial.** Usted puede solicitarle a HHS que cambie algún dato o agregue información faltante a su historial si piensa que hay algún error. Debe hacer la solicitud por escrito y proporcionar la razón de su solicitud.
- **Derecho de obtener una lista de divulgaciones.** Usted tiene derecho de pedirle a HHS una lista de las divulgaciones realizadas después del 14 de abril de 2003. Debe hacer su solicitud por escrito. Esta lista no incluirá las veces que la información haya sido divulgada por tratamientos, pagos u operaciones médicas. La lista no incluirá la información proporcionada directamente a usted o a su familia, ni la información que haya sido enviada con su autorización.
- **Derecho de solicitar límites para usos o divulgaciones de PHI.** Tiene el derecho de solicitar que HHS limite cómo se usa o divulga su información. Tiene que hacer la solicitud por escrito y notificar a HHS qué información quiere limitar y para quién quiere que se apliquen los límites. HHS no está obligado a aceptar la restricción, en la mayoría de los casos. Si se solicita y la ley lo permite, HHS accederá a no enviar su información médica a su plan de salud por motivos de pago por atención médica si la información se relaciona con un asunto o servicio de atención médica para el que usted le ha pagado a HHS de su bolsillo. Usted puede solicitar de manera verbal o por escrito el término de las restricciones.
- **Derecho de ser notificado de una infracción.** Tiene derecho de ser notificado en caso de que nosotros (o un socio de negocios) descubra una filtración de su información médica no segura. Todo aviso de una infiltración se hará de acuerdo con los requisitos federales.
- **Derecho de escoger cómo nos comunicamos con usted.** Tiene derecho de solicitar a HHS que comparta la información con usted de una cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, le puede pedir a HHS que le envíe su información a su oficina en lugar de enviarla a su casa. Es necesario que haga su solicitud por escrito. No tiene que explicar el motivo de la solicitud.
- **Derecho de presentar una queja.** Tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con la manera en que HHS ha usado o divulgado su información.
- **Derecho de obtener una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho de solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

#### **Cómo contactar a HHS para revisar, corregir o limitar su información de salud protegida (PHI)**

Puede contactar a su oficina local de HHS o al funcionario de Privacidad de HHS en la dirección señalada al final de este aviso para:

- Solicitar una copia de su historial o la posibilidad de verlo
- Solicitar que se limite cómo se usa o divulga su información
- Solicitar una lista de las veces que HHS ha divulgado información sobre usted
- Solicitar que se corrija o cambie su historial
- Solicitar que se cancele una autorización

HHS podría rechazar su solicitud de ver, copiar o cambiar su historial. Si HHS rechaza su solicitud, HHS le enviará una carta que explique el motivo del rechazo y cómo puede usted solicitar una revisión del asunto. También recibirá información sobre cómo presentar una queja ante la HHS o el Departamento de Salud y de Servicios Sociales de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles.

#### **Cómo presentar una queja o reportar un problema**

Si quiere presentar una queja o reportar un problema en relación con la forma en que HHS ha usado o divulgado su información, puede contactar a cualquiera de las personas listadas abajo. HHS no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a participar en algo que usted considera ilegal.

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

151 W. 7<sup>th</sup> Ave. #520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-1225

Correo electrónico: [HSHIPAAConcerns@lanecountyor.gov](mailto:HSHIPAAConcerns@lanecountyor.gov)

#### **Departamento de Salud y de Servicios Sociales de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles**

Privacidad Médica, División de Quejas

Departamento de Salud y de Servicios Sociales de los Estados Unidos

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](http://www.hhs.gov/ocr)

**Para más información o preguntas, contacte encargada del programa mencionada abajo:**

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

151 W. 7<sup>th</sup> Ave #520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-1225

Correo electrónico: [HSHIPAAConcerns@lanecountyor.gov](mailto:HSHIPAAConcerns@lanecountyor.gov)

En el futuro, HHS podría cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad. Todo cambio se aplicará a la información que HHS ya tenga, así como a toda información que reciba en el futuro. Se publicarán copias del nuevo aviso en todos los sitios y oficinas de la HHS, y como dicta la ley. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento en una oficina de HHS, o también puede obtenerla en línea en [www.lanecounty.org/hhs](http://www.lanecounty.org/hhs)