Marion County
OREGON
Health & Human Services

Información de Orientación Individual

Bienvenido al departamento de Salud Conductual para Niños del Condado de Marion. Conocido es sus siglas en Inglés como (CBH) Children's Behavioral Health. Ofrecemos servicios de salud mental para jóvenes de 0 a 17 años. Como departamento de salud, nuestra misión es crear un entorno seguro y acogedor donde todas las personas puedan acceder a servicios humanos y de salud de alta calidad y reciban apoyo para alcanzar su más alto nivel de salud.

ACCESO EL MISMO DÍA

Estamos mejorando el acceso a los servicios de salud mental. La forma en que funciona nuestro modelo de acceso el mismo día es que una vez que haya completado un Formulario de Registro, puede llamar cualquier día de Lunes a Viernes entre las 8 a.m. y las 11 a.m. para una evaluación de admisión. Las evaluaciones se llevarán a cabo a la 1:00 p.m. y tardarán aproximadamente 2 horas en completarse.

ACERCA DE SU PRIMERA CITA

Su primera cita se llama Admisión. Se reunirá con un terapeuta y aprenderemos sobre las preocupaciones que lo trajeron aquí. Le haremos preguntas para comprender su situación y sus objetivos. Hablaremos sobre qué tipos de servicios y apoyos pueden ayudarle. Juntos desarrollaremos un plan adaptado a sus necesidades individuales. La duración y la frecuencia del tratamiento variarán según la persona. Su terapeuta discutirá las opciones con usted.

SERVICIOS TERAPÉUTICOS QUE PODEMOS RECOMENDAR

Nuestros terapeutas integran una lente informada sobre el trauma mientras brindan tratamiento.

- Psicoterapia Individual y Familiar
- Terapia de Grupo
- Entrenamiento de Habilidades- Individual y en Grupo
- Evaluación Psiquiátrica y Manejo de Medicamentos
- Manejo de Casos
- Servicios de Apoyo entre Compañeros

ACERCA DE LAS CANCELACIONES/NO PRESENTARSE

Los resultados del tratamiento se ven afectados por la asistencia; Por lo tanto, es importante que asista a sus citas programadas.
Para Citas de Admisión:
Si su registro está completo y necesita cancelar o acceder a otra cita de admisión, comuníquese con nuestra oficina de Programación Centralizada al 503-576-4676. Nuestro modelo de acceso el mismo día lo invita a llamar cualquier día de Lunes a Viernes entre las 8 a.m. y las 11 a.m. para solicitar una evaluación de admisión ese mismo día.
Para Citas de Terapia Continua:
Si necesita cancelar su cita, notifique a CBH 24 horas antes de la hora de la cita llamando al siguiente número. Para CBH Salem, llame al 503-588-5352. Para CBH Woodburn, llame al 503-981-5851. En caso de no presentarse, es posible que no le podamos brindar servicios y su caso puede cerrarse. En caso de 3 ausencias consecutivas, recibirá una carta de cierre de 10 días. Le recomendamos que discuta cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre el tratamiento con su terapeuta. Si desea discutir el asunto con alguien que no sea su terapeuta, puede solicitar hablar con un Supervisor.

ACERCA DE NUESTROS VESTÍBULOS/ESTACIONAMIENTOS

Hacemos todo lo posible para proporcionar un ambiente seguro y acogedor para usted y su familia. Para ello, todos los jóvenes menores de 14 años deben estar acompañados y supervisados por su tutor o un adulto responsable que haya sido identificado por el tutor, cuando no estén en sesión con un terapeuta. No seremos responsables de la seguridad de su hijo si se deja sin supervisión en nuestras instalaciones (vestíbulo o estacionamiento). Hable con su terapeuta si tiene alguna pregunta.

ACERCA DE LOS SERVICIOS DE CRISIS

Los servicios de crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para Servicios de Crisis Familiar Juvenil, llame al 503-576-4673 o vaya a 1234 Commercial St. SE Salem, OR 97302. También puede llamar al 988 para hablar con un proveedor de Lifeline. Los proveedores de Lifeline están disponibles en Inglés y Español, y se utilizan agencias de interpretación para otros idiomas.

Salud Conductual para Niños del Condado de Marion Formulario de Inscripción

Complete la siguiente información de la persona que recibirá servicios de salud mental. Puede completar este formulario en línea, imprimirlo y enviarlo por correo, o entregarlo en persona a CBH de Salem en el 3180 Center St. NE Salem, OR 97301 o CBH de Woodburn en el 976 N Pacific Hwy Woodburn, OR 97071. Por favor comuníquese con nuestra oficina de Programación Centralizada al 503-576-4676 si necesita ayuda para completar estos formularios.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido:	**Primer Nombre:**	**SN:**
Apellido Legal de Nacimiento:	**Fecha de nacimento:**	**Numbero de Seguro Social #**

Sexo Legal/Género: ◯ Masculino ◯ Femenino ◯ Otro

Nombre del Tutor/Padre:

Estado Civil: ◯ Nunca Casado(a) ◯ Casado(a) ◯ Seperado(a) ◯ Divorciado(a) ◯ Viudo(a)

Situación Legal: ◯ Ninguno ◯ Libertad Condicional ◯ Menor en Seguridad Psiquiátrica de Junta de Revisión ◯ Tutela (Tribunal) ◯ Tutela (Bienestar Infantil) ◯ Ayuda y Asistencia ◯ Custodia Involuntaria

Si en Custodia de Bienestar Infantil ODHS, marque la casilla ◯	**Nombre del Padre de Recurso:**
Nombre del Contacto de Emergencia:	**Teléfono:**

Etnicidad: ◯ Puertorriqueño ◯ Mexicano ◯ Cubano ◯ Otro Hispano Específico ◯ Hispano No Especificado ◯ No es de Origen Hispano

Raza: ◯ Alaska Nativo ◯ Indio Americano ◯ Negro o Afroamericano ◯ Blanco ◯ Asiático ◯ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico ◯ Otra Raza Única ◯ Dos o Más Razas Especifificadas

Afiliación Tribal: ◯ Sin Asignar ◯ Tribu Burns Paiute ◯ Tribu Confederada de Coos Lower Umpqua y Siuslaw ◯ Tribu India Coquille ◯ Tribus Confederadas de Grande Ronde ◯ Tribus Confederadas de Siletz ◯ Tribus Confederadas de Umatilla ◯ Tribus Conferadas de Warm Springs ◯ Cow Creek Banda de Indios Umpqua ◯ Tribus Klamath ◯ No Aplicable ◯ Otro

Dirección Residencial:	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**	**Condado:**

Dirección postal (si es diferente a la residencial)

Tipo de Vivienda: ◯ Transitorio/Sin Hogar ◯ Hogar de Crianza ◯ Hogar Residencial ◯ Cárcel ◯ Otra Residencia Privada ◯ Residencia Privada (En el Hogar) ◯ Residencia Privada (Con Pariente) ◯ Residencia Privada (Con no Pariente) ◯ Instalación Residencial (BRS)

Identificació del Plan de Salud de Oregón (OHP) #

Seguro de Salud Primario: ◯ Seguro de Salud Privado/Organización de Atención Administrada ◯ Medicare ◯ Medicaid/OHP ◯ Otro ◯ Ninguno ◯ Otro Nombre del Plan de Salud

Marion County OREGON
Health & Human Services

Salud Conductual para Niños del Condado de Marion Formulario de Inscripción

Teléfono Primario:	**Tipo:** ◯ Casa ◯ Móvil ◯ Trabajo ◯ Tutor legal
Preferencia: ◯ Mensaje de voz ◯ Mensaje Detallado ◯ Solo Devolución de Llamada ◯ Sin Mensaje	
Texto Primario: ◯ Sí ◯ No	
Teléfono Secundario:	**Tipo:** ◯ Casa ◯ Móvil ◯ Trabajo ◯ Tutor legal
Preferencia: ◯ Mensaje de voz ◯ Mensaje Detallado ◯ Solo Devolución de Llamada ◯ Sin Mensaje	
Texto Secundario: ◯ Sí ◯ No	**¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?** ◯ Casa ◯ Móvil ◯ Trabajo
Correo Electróico de Contacto:	
Lenguaje primario:	
Necesita intérprete: ◯ Idioma Extranjero ◯ Discapacidad Auditiva ◯ Ninguno	
Nombre del Proveedor de Atención Primaria:	
Nombre/Ubicación de la Clínica:	
Grado Más Alto Completado:	**Si actualmente es estudiante, nombre de la escuela:**
Fuente de Ingresos/Apoyo: ◯ Ingresos/Salario ◯ Asistencia Pública ◯ Jubilación/Pensión/SSI ◯ Discapacidad/SSDI ◯ Otros ◯ Ninguno	
Ingreso Bruto Mensual Estimado del Hogar:	◯ Sin Ingresos ◯ Me Niego a Responder
Fuente de Pago Actual/Esperada: ◯ Auto Pago ◯ Medicare ◯ Medicaid/OHP ◯ AMH Acuerdo de Asistencia Financiera del Condado ◯ Otros Pagos del Gobierno ◯ Compensación del Trabajador ◯ Seguro de Salud Privado ◯ Sin cargo ◯ Otro	
Número Total de Personas en el Hogar:	**Número de Hijos Dependientes:**
Refrido por: ◯ Bienestar Infantil ◯ Rehabilitación Vocacional ◯ Discapacidades del Desarrollo ◯ Escuela ◯ Basado en la Comunidad Proveedor de MH y/o SA ◯ Centro Psiquiátrico Estatal (por ejemplo, OSH) ◯ Organización de Atención Coordinada (CCO) ◯ Profesional de la Salud Privado ◯ Justicia Tribunal ◯ Cárcel – Ciudad o del Condado ◯ Policía o Sheriff – Local, estatal ◯ Libertad Condicional – Condado/Estado/Federal -Incluye a los Menores ◯ Sistema de Justicia Juvenil/Autoridad Juvenil de Oregón ◯ Por Mi Mismo(a) ◯ Familia/Amigos ◯ Grupo de Defensa ◯ Abagado ◯ Crises/Línea de Ayuda ◯ Medios de Comunicación/Internet ◯ Otra ◯ Cama de Crisis	
¿Está siendo atendido por IDD (Discapacidades del Desarrollo Intelectual)? ◯ Yes ◯ No	
Consumo de Tabaco: ◯ Sí ◯ No	**Ha consumido sustancias durante los últimos 90 días:** ◯ Sí ◯ No
Embarazada: ◯ Sí ◯ No ◯ NA	**¿Tiene alguna alergia?** ◯ Sí ◯ No **En caso de que sí, indique:**
¿Ha recibido consejería en el passado? ◯ Sí ◯ No	
En caso de que si, ¿cuál es el nombre del consejero?	
Nombre de la clínica:	

Este formulario de registro es válido por 30 días a partir de la fecha de recibo. Después de 30 días y no ha tenido una admisión y no haya comenzado el tratamiento, deberá volver a registrarse.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

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): ◯ Identificación principal ◯ Número de registro médico ◯ 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): PCP-Medico y Clinica	
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): Historial Medico,Recetas o medicamentos, evaluaciones conductuales,y notas de historia clinica.	
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:** _____ **Trastorno por uso de sustancias:** _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): MCHHS- Children's Behavioral Health	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3180 Center St. NE Salem, OR. 97301	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinacion de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? ◯ Sí ◉ No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: ◉ Sí ◯ 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.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

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): ◯ Identificación principal ◯ Número de registro médico ◯ 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): Academico/Escuela:	
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): Historial academico, del comporatamiento y de pruebas de examenes.	
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:** _____ **Trastorno por uso de sustancias:** _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): MCHHS- Children's Behavioral Health	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3180 Center St. NE Salem, OR. 97301	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinacion de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? ◯ Sí ◉ No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: ◉ Sí ◯ 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.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

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): ◯ Identificación principal ◯ Número de registro médico ◯ 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/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): Exploraciones, notas de evolucion y de historial, evaluaciones, planes de tratamiento relacionados con la salud mental, analisis y resumen de alta.	
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:** _____ **Trastorno por uso de sustancias:** _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): MCHHS- Children's Behavioral Health	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3180 Center St. NE Salem, OR. 97301	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinacion de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? ◯ Sí ◉ No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: ◉ Sí ◯ 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.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

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): ◯ Identificación principal ◯ Número de registro médico ◯ 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): Departamento de Servicios Humanos/Department of Human Services:	
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): Evaluacion de salud mental, plan de tratamiento, alta, notas y actualizaciones.	
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:** _____ **Trastorno por uso de sustancias:** _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): MCHHS- Children's Behavioral Health	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3180 Center St. NE Salem, OR. 97301	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinacion de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? ◯ Sí ◉ No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: ◉ Sí ◯ 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.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

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): ◯ Identificación principal ◯ Número de registro médico ◯ 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): Padres de Recursos/Resource Parents:	
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): Evaluacion de salud mental, plan de tratamiento, alta, notas y actualizaciones.	
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:** _____ **Trastorno por uso de sustancias:** _____	
DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): MCHHS- Children's Behavioral Health	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3180 Center St. NE Salem, OR. 97301	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinacion de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? ◯ Sí ◉ No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: ◉ Sí ◯ 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.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

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): ◯ Identificación principal ◯ Número de registro médico ◯ 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): Marion County Juvenile Department (Centro de Detencion Juvenil)	
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): Exploraciones, notas de evolucion de historial, evaluaciones, Planes de tratamiento relacionado con la salud mental, analisis y resumen de alta.	

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:** _____

Trastorno por uso de sustancias: _____

DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): MCHHS- Children's Behavioral Health	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3180 Center St. NE Salem, OR. 97301	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinacion de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? ◯ Sí ◉ No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: ◉ Sí ◯ 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.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

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): ◯ Identificación principal ◯ Número de registro médico ◯ 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): Padres:	
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): Proyecciones, Asignaciones y Notas de progreso, Evaluaciones, Planes de Tratamiento Relacionado con la Salud Mental, Examen de Laboratorios, Resumen de Alta.	

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:** _____

Trastorno por uso de sustancias: _____

DIVULGACIÓN A	
Divulgación a (nombre de la entidad): MCHHS- Children's Behavioral Health	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3180 Center St. NE Salem, OR. 97301	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinacion de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? ◯ Sí ◉ No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: ◉ Sí ◯ 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.

Marion County
OREGON
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

____ Me ofrecieron una Tarjeta de Registro de Votante

AvanzadaDeclaración para Tratamiento de Salud Mental

¿Tiene el cliente un formulario de Declaración para Salud Mental completado? Sí☐ No☐

¿Si no, se le ofreció al cliente la oportunidad de completar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental? Sí☐ No☐

Entiendo el riesgo y los beneficios como se me explicó. 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

☐ Se Negó a Firmar	☐ Incapaz de Firmar
Motivos por la cual se negó a firmar/incapaz de firmar:	

Revised 10/22

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 (nombre del cliente en letra de molde)
una copia de la 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) Relacion

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

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Servicios Humanos y de Salud de Salud del Condado Marion
Servicios de la Clínica de Salud del Comportamiento para Niños

ACUERDO DE HONORARIOS (CUOTAS MÉDICAS)

Yo entiendo que la cuota establecida para los servicios de Salud del Comportamiento para Niños incluye las visitas de oficina, contactos por teléfono con el cliente y consultas profesionales en nombre del cliente, y está basada en mis ingresos y en el número de dependientes en mi familia. La cuota establecida para estos servicios es el _____ por ciento de la cuota total de estos servicios.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en pagar directamente al Programa de Salud del Comportamiento para Niños del Condado Marion por cualquier cuota o tarifa pendiente. Yo entiendo que si no cumplo con este acuerdo, el Programa de Salud del Comportamiento para Niños se reserva el derecho de denegar el servicio.

Yo estoy de acuerdo en pagar siguientes cuotas asignadas por servicios por hora como sigue:

☑ Evaluación ☐ Grupo ☐ Individual/Familia

_____ | _____

Nombre del cliente Firma de los padres/tutores legales

_____

Fecha

Nota: A los consumidores con *Medicaid* no se les cobrará por servicios y no serán responsables de pagar por citas a las que no asistieron.

CUOTA REDUCIDA O ANULADA DEBIDO A LA INCAPACIDAD PARA PAGAR

_____ Cuota reducida al _____% del total de la cuota de estos servicios

_____ Cuota anulada

Comentarios:

_____

_____

_____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones nombradas arriba en relación a la cuota reducida o anulada.

Firma: _____ Fecha: _____

Padre/tutor legal

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Consentimiento Para Comunicaciones Electrónicas

Persona que recibe servicios: _____ **ID:** _____

Fecha de nacimiento: _____

Este consentimiento explica cómo podemos comunicarnos con usted por medios electrónicos. También explica cómo podemos enviarle su información médica protegida. Este consentimiento se aplica a todos los programas de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion (HHS) en los que usted recibe servicios. Nunca le pediremos información de su cuenta, números de tarjeta de crédito ni otra información personal por correo electrónico o mensaje de texto. También le pedimos permiso para tomarle una fotografía y agregarla a su expediente médico. Usted debe informarnos si decide no dar su consentimiento, si desea cambiar la forma en que nos comunicamos con usted o si cambia su información de contacto.

Confirmaciones De Citas Por Correo Electrónico

Al inscribirse para recibir confirmaciones de citas por correo electrónico, es posible que reciba otros correos electrónicos que no estén relacionados con sus citas mientras esté inscrito en nuestros programas. Estos correos pueden incluir avisos sobre noticias y eventos importantes de nuestros programas. No le enviaremos correos electrónicos innecesarios ni venderemos su información a terceros.

Confirmaciones De Citas Por Mensaje De Texto

Al inscribirse para recibir confirmaciones de citas por mensaje de texto, usted autoriza a nuestros programas a enviarle recordatorios de citas al número de celular que nos proporcionó. También entiende que puede responder a los mensajes con diferentes opciones para recibir información de su cuenta, como sus próximas citas, la ubicación de la oficina y otros avisos.

Además, acepta que otras personas relacionadas con su cuenta pueden recibir avisos que mencionen al titular de la cuenta o a sus dependientes. Su proveedor de telefonía celular puede cobrarle por los mensajes de texto.

Correos Electrónicos A Proveedores De Atención Médica

Tenga en cuenta que todos los correos electrónicos que enviamos desde nuestros programas utilizan un sistema seguro y cifrado. La persona que reciba el correo deberá crear un nombre de usuario y una contraseña para acceder de forma segura a su información médica protegida. Algunas personas pueden decidir no usar este sistema seguro. En ese caso, podemos enviarles una copia impresa de sus registros por fax o por correo.

En nuestras comunicaciones, solo incluiremos la información médica protegida que sea necesaria. El primer correo electrónico que le enviaremos será para confirmar la dirección de correo electrónico que nos proporcionó.

Método de contacto preferido: ☐ **Correo electrónico** ☐ **Mensaje de texto** ☑ **Teléfono**

☐ Doy mi consentimiento para recibir la información que se indica a continuación por correo electrónico a la dirección que ya tenemos registrada o que se indica a continuación. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Mi dirección de correo electrónico es: _____

- Notificaciones e información de emergencia
- Seguimiento e información sobre su bienestar (contactos de apoyo)
- Recordatorios de citas
- Avisos sobre próximos servicios que necesita
- Avisos sobre citas a las que no asistió

☐ Doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto al número que ya tenemos registrado o que se indica a continuación. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Mi número para mensajes de texto es: _____

☐ Doy mi consentimiento para recibir información por teléfono al número que ya tenemos registrado o que se indica a continuación. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Mi número de teléfono es: _____

☐ **No doy** mi consentimiento para recibir información por correo electrónico, mensaje de texto ni teléfono. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar mi consentimiento más adelante.

Consentimiento para dejar mensajes de voz

Entiendo que mi información médica está protegida. Entiendo que, para que HHS pueda dejar mensajes detallados sobre mi atención médica en mi correo de voz o contestador automático, debo dar permiso a HHS para hacerlo.

☐ Doy permiso para que dejen mensajes sobre recordatorios o cambios de citas en los números de teléfono que ya tenemos registrados o que se indican a continuación.

- ☐ Número de celular _____
- ☐ Número de casa _____
- ☐ Número de trabajo _____

☐ Prefiero **no** recibir mensajes de voz.

Consentimiento Para Fotografías

☐ Doy mi consentimiento para que me tomen una fotografía y para que se incluya en mi expediente médico.

☐ El original se completó en un formulario de papel. Se conservará una copia digital en el expediente de la persona.

Relación del representante legal o personal con la persona (si corresponde): _____

_____	_____
Firma del representante legal o personal	Fecha
_____	_____
Firma de la persona	Fecha

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Derechos y responsabilidades individuales
Versión impresa

OAR 309-019-0115

Persona en servicio: _____ ID: _____ Fecha de nacimiento: _____

Además de todos los derechos estatutarios y constitucionales aplicables, toda persona que reciba servicios tiene derecho a:

1. Elegir entre servicios y apoyos que sean consistentes con la evaluación y el plan de servicios, culturalmente competentes, brindados en el ambiente más integrado de la comunidad y en condiciones que sean menos restrictivas para la libertad de la persona, que sean menos intrusivas para la persona y que proporcionen el mayor grado de independencia.

2. Ser tratada con dignidad y respeto.

3. Participar en el desarrollo de un plan de servicios por escrito, recibir servicios consistentes con ese plan y participar en la revisión periódica y la reevaluación de las necesidades de servicio y apoyo, ayudar en el desarrollo del plan y recibir una copia del plan de servicios por escrito.

4. Recibir una explicación sobre todos los servicios, incluidos los resultados esperados y los posibles riesgos.

5. La confidencialidad y el derecho a consentir la divulgación de acuerdo con ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50.

6. Dar su consentimiento informado por escrito antes del inicio de los servicios, excepto en caso de una emergencia médica o según lo permita la ley.

- Los niños menores de edad pueden dar su consentimiento informado a los servicios en las siguientes circunstancias:

(A) Son menores de 18 años y están casados legalmente.

(B) Tienen 16 años o más y están legalmente emancipados por el tribunal.

(C) Tienen 14 años o más y solo para los servicios ambulatorios. A los fines del consentimiento informado, el servicio ambulatorio no incluye el servicio prestado en programas residenciales o en programas de hospitalización diurna o parcial.

7. Inspeccionar su registro de servicio de acuerdo con ORS 179.505.

8. Rechazar la participación en experimentos.

9. Recibir medicamentos específicos para las necesidades clínicas diagnosticadas de la persona, incluidos los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de los opioides.

10. Recibir una notificación previa sobre una transferencia, a menos que las circunstancias que requieran la transferencia representen una amenaza para la salud y la seguridad.

11. Estar libre de abuso o negligencia y denunciar cualquier incidente de abuso o negligencia sin estar sujeto a represalias.

12. Tener libertad religiosa.

13. Estar libre de aislamiento y restricción.

14. Ser informado al inicio de los servicios y periódicamente a partir de entonces sobre los derechos garantizados por esta norma.

15. Ser informado sobre las políticas y procedimientos, acuerdos de servicio y tarifas aplicables a los servicios prestados, y pedir a un padre con custodia, tutor o representante que lo ayude a comprender cualquier información presentada.

16. Involucrar a la familia y al tutor en la planificación y prestación de servicios.

17. Tener la oportunidad de hacer una declaración para el tratamiento de salud mental, cuando sea un adulto legal.

18. Presentar quejas, incluidas las decisiones de apelación que resulten de la queja.

19. Ejercer todos los derechos establecidos en ORS 109.610 a 109.697 si la persona es un niño, como se define en estas normas.

20. Ejercer todos los derechos establecidos en ORS 426.385 si la persona está comprometida con la Autoridad.

21. Ejercer todos los derechos descritos en esta regla sin ningún tipo de represalia o castigo.

El proveedor entregará a la persona y, si corresponde, al tutor un documento que describa los derechos aplicables de la persona de la siguiente manera:

(a) La información proporcionada a la persona deberá estar por escrito o, previa solicitud, en un formato o idioma alternativo adecuado a las necesidades de la persona.

(b) Los derechos y la forma de ejercerlos se explicarán a la persona y, si corresponde, al tutor.

(c) Los derechos individuales se publicarán por escrito en un área común y visible.

Al firmar a continuación, doy fe de que he tenido la oportunidad de revisar, discutir y hacer preguntas sobre mis derechos y responsabilidades. He recibido una copia.

☐ El original se completó a través de un formulario impreso - Se mantendrá una copia digital en el expediente de la persona

Relación del representante legal o personal con la persona (si correspon

Firma de la persona en servicio:

Fecha:

Representante legal o personal de la persona:

Fecha:

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Acuerdo Para Firmar

Al escribir su nombre en el cuadro a continuación, acepta que ha completado los formularios de este paquete correctamente y acepta proporcionar firmas manuscritas cuando corresponda antes de recibir los servicios.

Nombre impreso de cliente

Nombre de la persona o tutores en letra de imprenta

Fecha

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 cuerdo 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.
- 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 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

Fecha de Recibo de la Queja:

Instrucciones para Presentar una Queja

Si usted tiene una inquietud o un problema con los servicios o el tratamiento que está recibiendo del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion (MCHHS, por sus siglas en inglés), le sugerimos que intente platicar sobre este asunto con el personal del programa del que está recibiendo los servicios.

Si no queda satisfecho(a), usted puede presentar una queja con nosotros ya sea por escrito o de manera verbal. Su queja se mantendrá confidencial y no se le tratará de una manera irrespetuosa por haber presentado una queja.

Cómo Presentar una Queja

1. El formulario de quejas se encuentra disponible en cualquiera de las oficinas del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion, en nuestra página de Internet en www.co.marion.or.us/HLT/Pages/complaints.aspx , o si prefiere que le enviemos por correo un formulario de quejas, puede llamarnos al 503-588-5357. Si necesita asistencia con el llenado del formulario de quejas, puede pedirle a un miembro del personal de MCHHS que le ayude o puede pedirle a otra persona que presente la queja por usted. Si alguien más (una persona distinta a un empleado de MCHHS) presenta la queja a su nombre, usted necesitará firmar abajo del formulario de quejas para poder comunicarnos con la persona que presente la queja en su lugar.

2. Para entregar una queja, puede llevar el formulario de quejas a la oficina en la que recibe sus servicios o puede enviarla por correo a:

Marion County Health and Human Services
Attention: Complaint's Coordinator
3180 Center Street NE, Suite 2100,
Salem, OR 97301

Qué Esperar Después de Haber Presentado una Queja:

- Su queja se mantendrá confidencial. Esto es obligatorio en base a las leyes y reglas federales y estatales.
- Revisaremos los detalles y hechos sobre su queja y hablaremos con las personas involucradas.
- Nos comunicaremos con usted si necesitamos obtener más información.
- Trataremos de responder a su queja dentro de los 5 días laborales, aunque si necesitamos más de esos 5 días, le haremos saber por escrito para explicarle por qué necesitamos más tiempo y cuánto tiempo adicional nos llevará.
- Si se necesita más tiempo, le enviaremos una carta con nuestra decisión de cómo manejaremos su queja, a más tardar 30 días de calendario a partir de la fecha en la que recibimos su queja.
- Si usted no queda satisfecho(a) con nuestra decisión enviada por escrito, puede contactar al administrador del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Troy Greg, enviándole una carta a 3180 Center Street NE, Suite 2100, Salem, OR 97301.

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion
Formulario de Quejas

Su Nombre:	**Su Número de Teléfono:**	**Fecha de Hoy:**
Su Domicilio:	**Ciudad:**	**Estado:** / **Código Postal:**
Nombre de la Persona Recibiendo los Servicios (si es diferente a la anterior):	**Número de Seguro Social (opcional) o Número ID de Medicare/Medicaid de la persona recibiendo los servicios:**	

Fecha del incidente:	**Lugar del incidente:**
Nombre de las personas involucradas:	

Describa qué fue lo que sucedió:

¿Cree usted que esta queja es de tal seriedad que requiere una atención dentro de las 48 horas para poder prevenir serios riesgos a la salud mental o física o porque representa una amenaza para la seguridad? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Tiene alguna sugerencia de cómo pudiéramos resolver este problema?

Doy mi permiso para que el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion investigue y comparta información con el propósito de que investigue y resuelva esta queja. Si alguien más presenta esta queja por mí, también doy mi permiso para que el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion intercambie información con esta persona que se nombra en la parte de arriba.

Firma del Cliente/Fecha

Firma de la Persona Demandante (si no es el cliente) /Fecha