



Marion County
OREGON
Health & Human Services

Información sobre la orientación individual de servicios integrales (WRAP)

Bienvenido a los servicios integrales del condado de Marion. 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 en el que todas las personas puedan acceder a servicios de salud y humanos de alta calidad y reciban apoyo para alcanzar su máximo nivel de salud.

Complete el paquete de inscripción y regréselo junto con una evaluación de salud mental que se haya completado en el último año. Puede enviarlo por correo electrónico, fax, correo postal o entregarlo en persona en nuestra oficina de Salem en 3876 Beverly Ave NE, Bldg G, Salem OR 97305 o en nuestra oficina de Woodburn en 976 N. Pacific Hwy Woodburn OR 97071. Correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us Fax: 503-361-2782. Una vez que recibamos su paquete completado, nuestro evaluador de elegibilidad se pondrá en contacto con usted para empezar el proceso de determinación de elegibilidad. Por favor, llámenos al 503-576-4536 si tiene alguna pregunta.

¿Qué es el programa de servicios integrales (Wraparound)?

El programa de servicios integrales es un programa basado en pruebas para jóvenes con necesidades complejas de salud mental que reciben los servicios psiquiátricos más intensivos. El programa de servicios integrales del condado de Marion atiende a jóvenes de 0 a 17 años y se centra en establecer un EQUIPO utilizando un enfoque basado en los puntos fuertes, impulsado por la familia y guiado por los jóvenes, para desarrollar un plan con objetivos medibles y pasos de acción. El plan se basa en los puntos fuertes y la cultura del joven y su familia. Creemos que se atiende mejor a los jóvenes en sus propios hogares y en sus propias comunidades, con sus familias en el centro. El equipo se reúne regularmente para revisar los progresos y garantizar un apoyo continuo. Durante su estancia en el programa, construimos apoyos naturales que son individuos que seguirán ayudando a la familia y desarrollando su autoeficacia para que los jóvenes y las familias puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, más allá del programa integral.

El programa de servicios integrales se rige por 10 principios y las filosofías que las personas lo harán bien si pueden, que los jóvenes y las familias son los que mejor conocen sus necesidades, que los puntos fuertes, la cultura y los valores deben utilizarse como base para cualquier solución exitosa, y que los individuos tienen "Voz y Elección" en su cuidado.

Misión integral: Los niños y los jóvenes tendrán CONEXIONES con las personas que les quieren, HABILIDADES para tener éxito en cada tarea de la vida y ESPERANZA para el futuro.

¿Quién cumple con los requisitos?

- Mi joven tiene problemas emocionales y de comportamiento significativos
- Estamos implicados en múltiples sistemas de servicios a la juventud
- Mi familia necesita ayuda para conectarse con los recursos
- Necesitamos ayuda para planificar la seguridad en caso de crisis

SERVICIOS TERAPÉUTICOS QUE OFRECEMOS

- Facilitación de reuniones mensuales de equipo con 1 plan de involucramiento que es desarrollado por el joven y su familia; monitoreo del progreso de su misión individual, metas y pasos de acción.
- Planificación de la seguridad en caso de crisis
- Capacitación en habilidades individuales y de grupo
- Administración intensiva de casos
- Servicios de apoyo entre compañeros

ACERCA DE LAS CANCELACIONES/FALTAS DE ASISTENCIA

Los resultados del tratamiento se ven afectados por la asistencia; por lo tanto, es importante que asista a sus citas programadas. Si necesita cancelar su cita, notifíquelo a su coordinador de servicios integrales o llame a nuestro personal de recepción al 503-576-4536. En caso de que no se presente, es posible que no podamos prestarle los servicios y que se cierre su caso. Por 3 faltas de asistencia consecutivas, recibirá una carta de cierre de 10 días. Le animamos a que comente cualquier duda o preocupación que tenga sobre el tratamiento con su coordinador de cuidados de los servicios integrales. Si desea hablar del asunto con alguien que no sea su coordinador de cuidados, puede solicitar hablar con un supervisor.

SOBRE NUESTROS VESTÍBULOS/ESTACIONAMIENTOS

Hacemos todo lo posible por proporcionarle 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 por un adulto responsable que haya sido identificado por el tutor, cuando no se encuentren en una reunión con uno de nuestros proveedores (coordinador de atención de servicios integrales, formador de habilidades o socio de apoyo entre compañeros). No seremos responsables de la seguridad de su hijo si se le deja sin supervisión en nuestras instalaciones (vestíbulo o estacionamiento). Por favor, hable con su coordinador de atención de servicios integrales si tiene alguna pregunta.

PARA SERVICIOS DE CRISIS

Aunque los servicios integrales no prestan servicios de crisis, los Servicios de Crisis para Jóvenes y Familias están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede llamar al 503-576-4673 o dirigirse al 1118 Oak St. SE Salem, OR 97301. 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.

Asistencia Integral del Condado de Marion

Formulario de Registro

Por favor, complete la siguiente información para la persona que está siendo referida para los servicios integrales. Complete el paquete de inscripción y regréselo junto con una evaluación de salud mental que se haya completado en el último año. Puede enviarlo por correo electrónico, fax, correo postal o entregarlo en persona en nuestra oficina de Salem en 3876 Beverly Ave NE, Bldg. G, Salem OR 97305 o a nuestra oficina de Woodburn en 976 N. Pacific Hwy Woodburn OR 97071. Correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us Fax: 503-361-2782. Una vez que recibamos su paquete completado, nuestro evaluador de elegibilidad se pondrá en contacto con usted para empezar el proceso de determinación de elegibilidad. Por favor, llámenos al 503-576-4536 si tiene alguna pregunta.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	SN:		
Apellido Legal de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Numero de Seguro Social #		
Sexo Legal/Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro				
Nombre del Tutor/Padre:				
Estado Civil: <input type="radio"/> Nunca Casado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Seperado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)				
Situación Legal: <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Libertad Condicional <input type="radio"/> Menor en Seguridad Psiquiátrica de Junta de Revisión <input type="radio"/> Tutela (Tribunal) <input type="radio"/> Tutela (Bienestar Infantil) <input type="radio"/> Ayuda y Asistencia <input type="radio"/> Custodia Involuntaria				
Si en Custodia de Bienestar Infantil ODHS, marque la casilla <input type="radio"/>		Nombre del Padre de Recurso:		
Nombre del Contacto de Emergencia:		Teléfono:		
Etnicidad: <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Otro Hispano Especifico <input type="radio"/> Hispano No Especificado <input type="radio"/> No es de Origen Hispano				
Raza: <input type="radio"/> Alaska Nativo <input type="radio"/> Indio Americano <input type="radio"/> Negro o Afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="radio"/> Otra Raza Única <input type="radio"/> Dos o Más Razas Especificadas				
Afiliación Tribal: <input type="radio"/> Sin Asignar <input type="radio"/> Tribu Burns Paiute <input type="radio"/> Tribu Confederada de Coos Lower Umpqua y Siuslaw <input type="radio"/> Tribu India Coquille <input type="radio"/> Tribus Confederadas de Grande Ronde <input type="radio"/> Tribus Confederadas de Siletz <input type="radio"/> Tribus Confederadas de Umatilla <input type="radio"/> Tribus Conferadas de Warm Springs <input type="radio"/> Cow Creek Banda de Indios Umpqua <input type="radio"/> Tribus Klamath <input type="radio"/> No Aplicable <input type="radio"/> Otro				
Dirección Residencial:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal (si es diferente a la residencial)				
Tipo de Vivienda: <input type="radio"/> Transitorio/Sin Hogar <input type="radio"/> Hogar de Crianza <input type="radio"/> Hogar Residencial <input type="radio"/> Cárcel <input type="radio"/> Otra Residencia Privada <input type="radio"/> Residencia Privada (En el Hogar) <input type="radio"/> Residencia Privada (Con Pariente) <input type="radio"/> Residencia Privada (Con no Pariente) <input type="radio"/> Instalación Residencial (BRS)				
Identificació del Plan de Salud de Oregon (OHP) #				
Seguro de Salud Primario: <input type="radio"/> Seguro de Salud Privado/Organización de Atención Administrada <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Medicaid/OHP <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Otro Nombre del Plan de Salud				



Asistencia Integral del Condado de Marion

Formulario de Registro

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

Autorización de uso y Divulgación de información individual

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

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

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): 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): Wraparound	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

SU RECONOCIMIENTO

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

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

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

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

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

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

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

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



Autorización de uso y Divulgación de información individual

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

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

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): 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 académico, del comportamiento y de pruebas de exámenes.	
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): Wraparound	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

SU RECONOCIMIENTO

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

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

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

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

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

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

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

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

Autorización de uso y Divulgación de información individual

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

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

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): Proveedor de Salud Mental /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 evolución y de historial, evaluaciones, planes de tratamiento relacionados con la salud mental, análisis 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): Wraparound	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada:	
Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

SU RECONOCIMIENTO

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

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

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

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

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

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

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

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

Autorización de uso y Divulgación de información individual

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

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

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): 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):	
Evaluación 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): Wraparound	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada:	
Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

SU RECONOCIMIENTO

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

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

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

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

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

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

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

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

Autorización de uso y Divulgación de información individual

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

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

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): Justicia Juvenil/Juvenile Justice:	
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 evolución de historial, evaluaciones, Planes de tratamiento relacionado con la salud mental, análisis 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): Wraparound	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada:	
Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

SU RECONOCIMIENTO

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

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

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

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

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

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

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

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

Autorización de uso y Divulgación de información individual

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

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

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad): 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):	
Evaluación 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): Wraparound	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-576-4536
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3876 Beverly Ave NE, Building G, Salem, OR 97305	
Dirección de correo electrónico: WRAPOS@co.marion.or.us	Número de fax: 503-361-2782
Propósito del uso o divulgación solicitada:	
Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

SU RECONOCIMIENTO

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

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

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

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

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

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

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

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



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

Avanzada Declaración 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:

--	--



*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



**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



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 corresponde)

Firma de la persona en servicio:

Fecha:

Representante legal o personal de la persona:

Fecha:

Política de Comunicaciones Electrónicas

Individuo en servicios: _____ ID: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esta póliza explica las formas en que nos comunicaremos con usted electrónicamente. También le pedimos que especifique de qué maneras podemos ponernos en contacto con usted y compartir con usted su información de salud protegida. Nuestra organización nunca le pedirá información sobre su cuenta, números de tarjeta de crédito o información personal por correo electrónico o mensaje de texto.

Confirmaciones de citas por correo electrónico

Al inscribirse en las confirmaciones de citas por correo electrónico, puede recibir correos electrónicos no relacionados con citas a lo largo de su inscripción en nuestro programa. Los correos electrónicos pueden incluir alertas que le notifiquen sobre noticias y eventos importantes del programa. No le enviaremos correos electrónicos innecesarios ni venderemos su información a terceros.

Confirmación de citas por mensajes de texto

Al inscribirse en las confirmaciones de citas por mensaje de texto, usted autoriza a nuestro programa a enviarle recordatorios de citas por mensaje de texto al número de teléfono móvil que nos ha facilitado. Usted entiende que puede responder con varios comandos para recibir información sobre su cuenta, como futuras citas, ubicación de la oficina y otras alertas.

También acepta que todas las personas asociadas a su cuenta puedan recibir alertas referidas al garante (titular) de la cuenta y/o a las personas a su cargo. Pueden aplicarse cargos por mensajes de texto de su proveedor de telefonía móvil.

Correo electrónico a PROVEEDORES DE ATENCION MEDICA

Tenga en cuenta que todas las comunicaciones por correo electrónico de este programa se envían utilizando un programa de correo electrónico seguro y encriptado y se pedirá al destinatario que cree un nombre de usuario y una contraseña para acceder de forma segura a su información médica protegida. Algunos destinatarios pueden optar por no utilizar este portal seguro, en cuyo caso, se les puede enviar una copia impresa de sus registros por fax o por correo.

Utilizaremos la cantidad mínima necesaria de información médica protegida en cualquier comunicación. El primer correo electrónico que recibirá de nosotros es para verificar la dirección de correo electrónico que nos facilite.

Método preferido de contacto: Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono

Doy mi consentimiento para recibir información (véase la lista a continuación) por correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Mi dirección de correo electrónico es: _____

- Notificaciones e información de emergencia
- Chequeos de bienestar e información (contactos asistenciales)
- Recordatorios de citas
- Notificaciones para próximos servicios vencidos
- Notificación de citas perdidas

Doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Mi número de teléfono es: _____

Doy mi consentimiento para recibir información por teléfono. 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 o por teléfono. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar mi consentimiento más adelante.

Consentimiento para dejar mensajes de BUZON DE VOZ

Entiendo que la información sobre mi atención médica está protegida. Entiendo que, para que podamos dejar mensajes detallados que contengan información específica sobre la atención en mi buzón de voz o contestador automático, necesito dar permiso para que lo hagamos.

Doy permiso para que se dejen mensajes sobre recordatorios/cambios de citas en mi(s) número(s) de teléfono indicado(s) a continuación:

Numero de celular: _____

Numero telefónico de casa: _____

Numero telefónico del trabajo: _____

Prefiero no recibir mensajes de buzón de voz

El original fue completado a través de un formulario en papel. Una copia digital será mantenida en el Expediente del Individuo

Firma del individuo en servicios

Fecha

Representante legal o personal del individuo

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 acuerdo a la ley estatal y federal.
- **Para reportar o investigar abusos.** Se nos requiere por ley que recibamos y reportemos información sobre abusos y negligencias a las autoridades estatales apropiadas. Esto puede resultar en compartir también la información de salud protegida.
- **Para programas gubernamentales.** El Departamento puede usar y compartir información para beneficios públicos bajo otros programas gubernamentales. Por ejemplo, puede que compartamos su información para revisar la elegibilidad para un programa de nutrición tal como WIC.
- **Para jueces de instrucción, médicos examinadores y directores de funerarias.** Puede que compartamos información para identificar a una persona fallecida y para otras actividades permitidas por la ley.
- **Para evitar daños y para actividades especiales gubernamentales.** El Departamento puede compartir información de salud protegida con agencias encargadas del cumplimiento de la ley u otras agencias del gobierno de Estados Unidos para poder evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de cualquier la información de salud protegida para estudios de salud pública y otros reportes. Estos estudios y reportes no identifican a las personas específicamente.
- **Para recaudación de fondos.** El departamento no usará su información para ningún propósito de recaudar fondos.
- **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.



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion

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.

<p>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</p>	<p>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</p>
--	--

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



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL INDIVIDUO

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

SUS DERECHOS BÁSICOS

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

SUS DERECHOS DE ACCESO E INFORMACIÓN

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

SUS DERECHOS A TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

DERECHOS ADICIONALES

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

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

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

34. No será castigado por ejercitar sus derechos.

SUS RESPONSABILIDADES

35. Tratará a los demás con cortesía y respeto.

36. Proveerá información necesaria para poder proveerle cuidados.

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

38. Seguirá los planes acordados para el tratamiento.

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

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

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

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

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

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

45. Protegerá la confidencialidad y seguridad de otros individuos.

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

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, Ryan Matthews, enviándole una carta a 3180 Center Street NE, Suite 2100, Salem, OR 97301.



**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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Cliente/Fecha	Firma de la Persona Demandante (si no es el cliente) /Fecha



Autorización de uso y Divulgación de información individual

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

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

DIVULGACIÓN DE	
Divulgación de (nombre de la entidad):	
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): Historia medica y resultados de exámenes, evaluaciones.	
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): Wraparound	
Persona de contacto:	Número de teléfono: 503-588-5352
Dirección, ciudad, estado y código postal: 3867 Wolverine St NE Bldg F	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: 503-576-4591
Propósito del uso o divulgación solicitada: Coordinación de la asistencia	
¿Se están divulgando estos registros para un caso judicial? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
Fecha de vencimiento o evento*:	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

SU RECONOCIMIENTO

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

Firma de la persona o su representante legal:

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

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

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Name of staff (print):

Initiating agency name/location:

Date:

Signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date (if form has been copied):

Información requerida para el cliente

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

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

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

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