

Consentimiento para la determinación de elegibilidad

Las siguientes páginas contienen los derechos y las responsabilidades del paciente exigidos por la Autoridad de Salud de Oregón para el seguro del Plan Médico de Oregón (Medicaid). Si quiere que uno de los Especialistas en Elegibilidad de Siskiyou Community Health Center procese una solicitud por usted, revise y firme las siguientes páginas.

Al firmar estas páginas, usted autoriza a nuestro Especialista en Elegibilidad a utilizar la información dada en la solicitud de Determinación de Elegibilidad con el fin de presentar una solicitud electrónica para el Plan Médico de Oregon. La información que da es confidencial y solo será utilizada para determinar la elegibilidad del programa. El formulario de consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma.

Una vez completadas estas páginas, puede entregarlas a nuestro personal de Registro de Elegibilidad en cualquiera de los lugares autorizados para ello. En caso de tener dudas o necesitar más información, nos pondremos en contacto con usted.

Recibirá una notificación una vez que hayamos procesado su solicitud.

Para hacer consultas o si quiere agendar una cita con uno de nuestros Especialistas en Elegibilidad, llame al (541) 472-4761.

Sus derechos y responsabilidades

Esta sección le explica sus derechos y responsabilidades. “Derechos” son las cosas que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Oregón y la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) se comprometen a hacer por usted. “Responsabilidades” son las cosas que usted se compromete a hacer cuando solicita asistencia médica.

Lea esta información con atención. Puede pedir explicaciones al personal del DHS. Si hay algo que no entiende, pregunte. Puede llamar al **1-800-699-9075** (TTY 711) para hacer preguntas. Cuando usted (*y su familia*) reciben beneficios del DHS o de la OHA, usted se compromete a hacer ciertas cosas. Puede perder esos beneficios o tener que reembolsarlos al DHS o a la OHA si recibe más de lo que le corresponde.

En la *Guía de solicitud*, encontrará más información sobre sus derechos y responsabilidades. La *Guía de solicitud* fue incluida en el sobre donde le enviamos esta solicitud. También puede pedir una copia llamando al **1-800-699-9075 (TTY 711)** o buscarla en línea en <http://bit.ly/ohpguia>.

Sus derechos (*lo que usted puede esperar del DHS y de la OHA*):

- El DHS y la OHA lo tratarán con respeto y de manera justa y amable.
- Mantendremos en privado lo que le diga al DHS o a la OHA. Puede ver nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” en el Anexo C de esta solicitud.
- Puede pedir ayuda para solicitar beneficios, llenar formularios o informar cambios en su idioma de preferencia.
- El DHS y la OHA le darán información en un formato o idioma que usted pueda entender.
- El DHS y la OHA harán todo lo posible para satisfacer sus necesidades especiales si usted tiene una discapacidad. El DHS y la OHA respetan la Ley de Norteamericanos con Discapacidades y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación.
- **Su derecho de audiencia:**
 - » Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por la OHA o el DHS sobre su derecho a recibir cobertura de salud, usted tiene derecho a solicitar una audiencia.
 - » Puede solicitar una audiencia si no recibe una decisión de nuestra parte en un plazo de 45 días.
 - » Tiene derecho a elegir un representante autorizado para que actúe en su nombre durante el proceso de audiencia.
 - » Puede solicitar una audiencia por escrito o llamando al 1-800-699-9075 (TTY 711).
 - » Si desea una audiencia, debe solicitarla en un plazo de 90 días a partir de la fecha indicada en el aviso de elegibilidad que recibirá (*por correo postal o electrónico*). El plazo para solicitar una audiencia no cambia aunque usted se comunique con nosotros.
 - » Si recibe cuidados basados en el hogar o en la comunidad, o cuidados en un hogar de ancianos, no tiene derecho a una audiencia por una demanda de recuperación de patrimonio. Para más información sobre el Programa de Recuperación de Patrimonio, vea la sección correspondiente en la *Guía de solicitud*.

Sus responsabilidades (*lo que usted debe hacer*):

Usted debe:

- Proporcionar información verdadera, correcta y completa al DHS y a la OHA.
- Presentar pruebas de ciertas cosas que informa. Si no puede conseguir las pruebas, debe permitir que nos comuniquemos con otras personas o agencias para obtener esas pruebas.
- Permitir que el personal del DHS y de la OHA visiten su hogar para obtener información sobre su caso.
- Informar cambios al DHS y a la OHA.
- Ayudar al DHS y a la OHA a conseguir pruebas si su caso se elige para una revisión. Los casos a revisar se eligen al azar.
- Autorizar a la División de Manutención de Niños del Departamento de Justicia a divulgar sus registros de manutención de niños al DHS y a la OHA, a menos que tenga un motivo justificatorio para no hacerlo.
- Solicitar y usar ciertos beneficios o dinero que tenga derecho a recibir. Puede ver ejemplos de estos beneficios o dinero en la *Guía de solicitud*.

PASO 8 Lea y firme, continuación

- Informar ciertos cambios de los datos que nos dio en la solicitud. Cuando se aprueben sus beneficios, el aviso le dirá qué es lo que debe informar y cuándo debe hacerlo. Lea más sobre la forma de informar cambios en la *Guía de solicitud*.
- Informar a los proveedores médicos (*médico, clínica, farmacia u hospital*) si tiene alguna otra cobertura de salud antes de recibir atención. Para más información, vea la *Guía de solicitud*.
- Informar a la Unidad de Retenciones por Lesiones Personales en un plazo de 10 días si **usted o alguien de su familia**:
 - » Recibe beneficios de asistencia médica o del Plan de Salud de Oregón (OHP); y
 - » Tiene una demanda contra alguien que le causó una lesión.
- Otorgar automáticamente al DHS y a la OHA el derecho a recibir pagos de otras partes que tenían obligación legal de pagar cualquiera de sus gastos médicos. Esto aplica a cualquier persona que esté recibiendo cobertura de salud del DHS o de la OHA. Esto recibe el nombre de “asignación de pagos” al DHS o a la OHA y a las CCO. Lea más sobre la asignación de pagos en la *Guía de solicitud*.

Información adicional

Uso del número de Seguro Social (SSN)

Las siguientes leyes y regulaciones federales disponen que toda persona que solicite beneficios médicos debe proporcionar un SSN, si lo tiene: Leyes federales - 42 USC 1320b-7(a), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b). Al escribir su SSN en la solicitud, usted autoriza a la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) o al Departamento de Servicios Humanos (DHS) a usarlo e informar a otros sobre el mismo por estas razones:

- El DHS y la OHA usarán su SSN para decidir si usted tiene derecho a recibir beneficios. Usaremos su SSN para:
 - » Verificar otros activos
 - » Verificar sus ingresos
 - » Comparar otros registros estatales y federales, tales como:
 - Servicio de Impuestos Internos (IRS)
 - Administración del Seguro Social
 - Medicaid
 - Beneficios del seguro de desempleo
 - Manutención de niños
 - Otros programas de asistencia pública
- El DHS y la OHA pueden usar su SSN para preparar un compendio de datos o informes que las fuentes de financiamiento de los programas solicitan cuando usted pide o recibe beneficios.
- El DHS y la OHA pueden usar o divulgar su SSN:
 - » Si lo necesitamos para administrar el programa del que usted solicita o recibe beneficios.
 - » Para realizar evaluaciones de calidad y otras actividades de mejora de los programas.
 - » Para verificar la cantidad correcta de pagos y recuperar beneficios pagados en exceso.
 - » Para verificar que nadie reciba beneficios en más de una unidad familiar.

Si alguien no tiene SSN y quiere tenerlo, debe visitar **www.ssa.gov** para obtener información sobre la forma de solicitarlo.

Verificación de ingresos y activos

La información sobre ingresos y activos que usted dio en este formulario puede ser revisada y verificada por funcionarios federales, estatales y locales. Para determinar si usted tiene derecho a recibir asistencia médica, el DHS y la OHA usan lo siguiente:

- Centro de Servicios de Datos Federales (FDSH)
- Sistema de Verificación de Activos (AVS)
- Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS)

Para más información sobre la verificación de ingresos y activos, consulte la *Guía de solicitud*.

Programa de Manutención de Niños

Cuando usted recibe cobertura de salud, puede tener que cooperar con el Programa de Manutención de Niños del estado si tiene un hijo con un padre/madre ausente. Hay excepciones si tiene justificación. Para más información sobre la forma de cooperar con el Programa de Manutención de Niños y lo que se considera motivo justificatorio, consulte la *Guía de solicitud*.

Programa de recuperación de patrimonio

Cuando fallece una persona que recibió servicios de cuidado a largo plazo, el DHS o la OHA pueden solicitar dinero de su patrimonio para pagar los servicios y apoyos que dicha persona recibió. Hay muchas excepciones para la recuperación de patrimonio. Vea la sección de Recuperación de patrimonio de la *Guía de solicitud* para más información.

Penalidad por transferencia de activos

Si usted transfiere un activo por menos de su valor, puede perder su derecho a recibir cierta cobertura de salud. Si regala o vende un activo, decimos que usted transfiere el activo. Para obtener más información sobre las penalidades relacionadas con la transferencia de activos, vea la *Guía de solicitud*.

Nuestra política de no discriminación

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) y la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) no discriminan a persona alguna. Esto significa que el DHS y la OHA ayudan a todas las personas que tienen derecho a recibir sus servicios. El DHS y la OHA no darán diferente trato a persona alguna por las siguientes razones:

- Edad
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Raza
- Sexo
- Orientación sexual*
- Color
- Religión
- Estado civil

Puede presentar una queja si cree que el DHS o la OHA le dio diferente trato por alguna de estas razones. Para hacerlo, llame o escriba a la Oficina de Defensa del Gobernador:

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301
503-945-6904
1-800-442-5238, TTY 711
Correo electrónico: DHS.info@dhsaha.state.or.us

¡La igualdad de oportunidades es la ley!

Trabajamos con el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) y Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU. (HHS). Ambos son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares para las personas con discapacidades que los soliciten.

Para presentar una queja ante el USDA o el HHS, lea el formulario "Información sobre quejas por discriminación del cliente" (DHS 9001, <https://apps.state.or.us/forms/served/ds9001.pdf>).

**La orientación sexual está protegida por las leyes estatales, pero no por las leyes federales.*

Al firmar esta solicitud, declaro estar de acuerdo con lo siguiente:

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, he dado respuestas verdaderas, correctas y completas a todas las preguntas de este formulario. Sé que puedo ser objeto de sanciones o ser responsable por el reembolso de sobrepagos bajo la ley federal si doy información falsa o no verdadera.
- Entiendo y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades tal como se explican en esta solicitud y en la *Guía de solicitud*.
- Entiendo y estoy de acuerdo con la información de la sección “Lea y firme” de esta solicitud (**Paso 8**) y de la sección “Lea y firme” de la *Guía de solicitud*.
- He leído y estoy de acuerdo con el formulario Aviso de Prácticas de Privacidad de OHA que se encuentra en el **Anexo C**.
- El DHS y la OHA pueden revisar mi caso, lo que puede incluir una visita a mi hogar por parte del DHS.
- El DHS y la OHA usarán bases de datos y sistemas informáticos estatales y federales para verificar la información que proporcioné en este formulario.
- El DHS y la OHA pueden divulgar la información incluida en este formulario a:
 - » Agencias federales y estatales que llevan a cabo revisiones.
 - » Agencias federales y estatales, y agencias de cobranza privadas, si tengo que devolver beneficios al DHS o a la OHA.
- El DHS y la OHA pueden usar mi información para administrar otros programas de asistencia pública que recibo del DHS o de la OHA.
- Confirmando que tengo el consentimiento de todas las personas de mi unidad familiar, tanto para proporcionar su información como para recibir comunicaciones sobre su elegibilidad e inscripción.

Declaración y firma

Mediante mi firma en este formulario, confirmo que:

- He leído y entiendo la información de la sección Lea y firme que se encuentra arriba y la información de la sección “Lea y firme” de la *Guía de solicitud (formulario OHP 9025)*.
- Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí solo si usted y el solicitante llenaron y firmaron el formulario de representante autorizado (<http://bit.ly/authrep1>).

Nombre en letra de imprenta ★	Firma ★	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) ★
----------------------------------	------------	--------------------------------

Autorización para recibir ayuda de un socio comunitario



1. Nombre de la organización de socios comunitarios: Siskiyou Community Health Center	2. Nombre del asistente de solicitud:	3. Identificación del asistente:
4. Nombre del solicitante (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>):	5. Fecha de nacimiento del solicitante:	6. Teléfono del solicitante:
7. Nombre y fechas de nacimiento de otros adultos en mi solicitud:		
8. Número total de miembros del grupo familiar:	9. Número de miembros del grupo familiar de 19 años de edad o más:	

Solicitante:

Acepto que la organización de socios comunitarios y el asistente de solicitud antes mencionados pueden ver y usar mi información. Esto me ayudará a solicitar cobertura de salud.

Quiero solicitar, inscribirme a, continuar con o cambiar una de las siguientes coberturas de salud: - Plan de Salud de Oregon (OHP) - Programa de beneficios médicos de emergencia para extranjeros sin requisito de ciudadanía o residencia (<i>CAWEM, por sus siglas en inglés</i>) - CAWEM Plus, o - Cobertura Calificada (<i>QHP, por sus siglas en inglés</i>)	Le permitiré a la Autoridad de Salud de Oregon (<i>OHA, por sus siglas en inglés</i>), al Departamento de Servicios Humanos de Oregon (<i>ODHS, por sus siglas en inglés</i>) y al Mercado de Seguros de Salud de Oregon (<i>OHIM, por sus siglas en inglés</i>) compartir mi información incluida a continuación con mi organización de socios comunitarios y asistente de solicitud: - Mi solicitud - Detalles de la inscripción - Estatus de la inscripción - Beneficios del plan - Información de salud protegida (<i>PHI, por sus siglas en inglés</i>).
Nota: Las organizaciones antes mencionadas deben proteger y mantener privada mi información.	

Le permitiré a la OHA y al ODHS agregar a esta organización de socios comunitarios y a este asistente de solicitud a mi expediente del caso.

Entiendo que:

- Mi organización de socios comunitarios y mi asistente de solicitud:
 - Me dirán para cuál cobertura de salud y ayuda económica puedo ser elegible
 - Me ayudarán a inscribirme y compartirán la información en mi solicitud con un plan de salud pública o una QHP, y
 - Me ayudarán o referirán a otros socios que pueden ayudarme en un idioma que hablo, entiendo o prefiero.
- Mi organización de socios comunitarios y mi asistente de solicitud **no pueden**:
 - Cobrarme una cuota por ayudarme, o Elegir o recomendar:
 - Una Organización de Atención Coordinada (*CCO, por sus siglas en inglés*), o
 - Un plan de seguro de salud para mí.

- Debo incluir información correcta en mi solicitud.
- Debo responder a cualquier aviso de información faltante o incorrecta, cuando me lo soliciten.
- En cualquier momento, puedo cancelar mi autorización para que mi organización de socios comunitarios me ayude:
 - Si estoy inscrito(a) en un plan de salud pública, y
 - Si lo solicito **de una de las siguientes formas**: ✦ Teléfono: 1-800-699-9075, o ✦ Fax: 503-378-5628.

Nota: La cancelación no aplicará a la información que ya se compartió.

- La OHA/el ODHS puede compartir la información que reciba con mi organización de socios comunitarios o con mi asistente de solicitud. A su vez, ellos podrán compartir dicha información.
- La OHA/el ODHS no compartirá información sobre lo siguiente sin primero obtener una autorización:
 - Salud mental
 - VIH o SIDA
 - Tratamiento para el consumo de drogas y alcohol, o
 - Pruebas genéticas.

Firma del solicitante:	Fecha:

Mi autorización es válida a partir de la fecha de mi firma y hasta que:

- Le informe a la OHA o al ODHS que ya no deseo trabajar con este socio comunitario, o
- Le pida ayuda a otro socio comunitario.

Socios comunitarios, devuelvan esta autorización **de una de las siguientes formas**:

- Correo electrónico: Oregon.Benefits@dhsosha.state.or.us
- Fax: 503-378-5628
- Correo postal: ONE Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o en otro formato que prefiera. Póngase en contacto con el Programa de Difusión de Socios Comunitarios de la OHA al 1 (833) 6473678 o por correo electrónico a community.outreach@dhsosha.state.or.us. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.

**Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe la manera en que podemos usar y divulgar la información sobre usted, y la manera en que usted puede acceder a dicha información. **Léalo con detenimiento.**

**Sus
derechos**

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones
 - Corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones
 - Solicitar que la comunicación sea confidencial
 - Pedirnos que restrinjamos la información que divulgamos
 - Obtener una lista de las personas/entidades a quienes hayamos divulgado dicha información
 - Recibir una copia de este aviso de privacidad
 - Elegir a alguien para que actúe en su nombre
 - Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad fueron violados
- » **En la página 47** encontrará más información sobre estos derechos y sobre cómo ejercerlos

**Sus
opciones**

Usted tiene opciones sobre la forma en que usamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos preguntas sobre cobertura hechas por sus familiares y amigos
 - Brindamos ayuda en casos de desastre
 - Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- » **En las páginas 47 y 48** encontrará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas

**Uso y
divulgación
de nuestra
parte**

Podemos utilizar y divulgar su información cuando:

- Ayudamos a gestionar el tratamiento médico que usted recibe de nuestra parte
 - Dirigimos nuestra organización
 - Pagamos sus servicios de salud
 - Administramos su plan de salud
 - Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública
 - Investigamos
 - Respetamos la ley
 - Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboramos con médicos forenses o con directores de funerarias
 - Abordamos las solicitudes de indemnización de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
 - Respondemos demandas legales y acciones judiciales
- » **En las páginas 48 y 49** encontrará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas

● Sus derechos

Con respecto a su información médica, usted goza de ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia de sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedir que le dejemos ver o le demos una copia de sus registros médicos y de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo del fotocopiado.

Pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que están errados o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos denegar su solicitud, pero le explicaremos por qué, por escrito, en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicación confidencial

- Puede pedirnos que lo contactemos de una manera especial (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos correspondencia a otra dirección.
- Consideraremos todos los pedidos razonables y tendremos que conceder su pedido si nos dice que usted correría peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o lo que divulgamos

- Puede pedirnos que no usemos o que no divulguemos cierta información médica para el tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No tenemos obligación de acceder a su pedido y podemos decirle que no si este pudiera afectar el cuidado que usted recibe.

Recibir la lista de las personas/ entidades a quienes dimos su información

- Puede pedirnos la lista (que rindamos cuentas) de las veces en que su información médica fue divulgada en los seis años previos a la fecha de su solicitud, así como a quién y el porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo las que se relacionen con el tratamiento, pago y operaciones de la atención médica y algunas otras divulgaciones (por ejemplo las divulgaciones que usted nos indicó hacer). Le rendiremos cuentas una vez al año, de

forma gratuita, pero le cobraremos una cuota razonable, basada en el costo, si usted nos pide otra lista en el mismo periodo de 12 meses.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedirnos una copia impresa del presente aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso de forma electrónica. Le facilitaremos la copia impresa sin demoras.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le dio un poder médico legal a alguien, o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto a su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de proceder.

Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos

- Si cree que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con nosotros para presentar una queja. Nuestra información de contacto se encuentra en la página 4.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando por teléfono al 1-877-696-6775, o visitando: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- No tomaremos represalias en su contra por haber presentado una queja.

● Sus opciones

En el caso de cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que divulgamos.

Si tiene alguna preferencia marcada sobre la manera en que divulgamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Divulguemos información a sus familiares, amigos íntimos y otras personas involucradas en el pago de la atención que usted recibe
- Divulguemos información en caso de desastres
Si usted no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo si ha perdido el conocimiento, podríamos divulgar su información si consideramos que es lo mejor para usted. Asimismo, podríamos divulgar su información cuando ésta sea necesaria para aminorar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

Continúa en la página siguiente.

Sus opciones, continuación

En estos casos, jamás divulgamos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines comerciales
- La venta de su información
- La mayoría de los apuntes psicoterapéutico

● Nuestro uso y divulgación

¿De qué manera usamos o divulgamos su información de salud?

En general, utilizamos o divulgamos su información médica de las maneras siguientes.

Para gestionar el tratamiento que usted recibe

- Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le están dando tratamiento.

Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para manejar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- **Tenemos prohibido usar información genética para decidir si conceder o no cobertura médica y el costo de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

Ejemplo: usamos la información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por los servicios médicos que recibe

- Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos por los servicios médicos que usted recibe.

Ejemplo: divulgamos información sobre usted a su plan dental para coordinar el servicio dental que recibe.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para que le proporcionemos a usted un plan de salud y nosotros le proporcionamos ciertos datos estadísticos a su compañía para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o divulgar su información médica?

Tenemos permitido o se nos exige divulgar su información de otras maneras que por lo general contribuyen al bienestar público, tal como la salud pública y la investigación. Para poder divulgar su información para tales fines debemos cumplir con varias condiciones impuestas por ley. Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con asuntos de salud y seguridad públicas

- Podemos divulgar información médica sobre usted en ciertas situaciones, tales como para:
 - » Prevenir enfermedades
 - » Ayudar a retirar productos del mercado
 - » Informar reacciones adversas a medicamentos
 - » Denunciar sospechas de maltrato, descuido o violencia doméstica
 - » Prevenir o aminorar una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigar

- Podemos usar y divulgar su información médica para investigaciones sobre salud.

Respetamos la ley

- Divulgaremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea revisar la información para cerciorarse de que estemos cumpliendo con la ley federal sobre privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con médicos forenses o directores de funerarias

- Podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones de obtención de órganos.
- Cuando muere una persona, podemos divulgar su información médica al médico forense, médico legista o director de una funeraria.

Continúa en la página siguiente.

El uso y la divulgación por parte nuestra, continuación

Abordamos las solicitudes de indemnización de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o divulgar información médica sobre usted
 - » En reclamaciones de indemnización por accidentes de trabajo
 - » Para fines del cumplimiento de la ley o a un agente de las fuerzas del orden
 - » A las agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
 - » Para funciones gubernamentales especiales como servicios de protección militares, de seguridad nacional y presidenciales.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos divulgar información médica sobre usted como respuesta a una orden judicial o administrativa.
- I. La OHA puede utilizar o divulgar la información médica amparada (protected health information o PHI) de los formularios de

inscripción para determinar los programas para los cuales usted es elegible o el tipo de cobertura que debe recibir.

- II. La OHA cumple con los requisitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluidas las leyes sobre el abuso de alcohol y drogas y su tratamiento, así como las leyes relacionadas con las afecciones de salud mental y su tratamiento.
- III. La OHA puede usar o divulgar los registros de abuso de sustancias únicamente si la persona o la empresa que recibe los registros tiene un contrato especial con la OHA.
- IV. Si la OHA divulga información a otra persona con la aprobación del paciente (usted), la información no estará amparada por las reglas de privacidad y la persona que reciba la información podría no tener que proteger esa información. Dicha persona podrá divulgar su información a otra persona sin la aprobación de usted.

● Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige que veamos por la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce alguna infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni divulgaremos su información a no ser de las maneras descritas en este aviso, a menos que usted nos indique, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, podrá cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de parecer, infórmenos al respecto por escrito.

Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo. *Apobado por Suzanne Hoffman, COO 2-14-2014*

EEste Aviso de prácticas de privacidad se aplica a la Autoridad de Salud de Oregon y a sus empresas socias, tales como el Departamento de Servicios Humanos de Oregon.

Para usar cualquier parte de los derechos de privacidad antes indicados, comuníquese con la oficina local de la OHA.

Para solicitar el presente aviso en otro idioma, letra grande, Braille o en otro formato, llame al 503-378-3486, Fax 503-373-7690 o TTY 503-378-3523. Está disponible en inglés y traducido al español, ruso, vietnamita, somalí, árabe, birmano, bosnio, camboyano, coreano, laosiano, portugués, chino, letra grande y Braille.

Oregon
Health
Authority
MEDICAL ASSISTANCE AND
PREMIUM ASSISTANCE PROGRAMS

AUTORIDAD DE SALUD DE OREGON

Privacy Compliance Officer
3991 Fairview Industrial Dr SE
Salem, OR 97302

Número de teléfono de la oficina de privacidad: 503-945-5780

Correo electrónico para ayuda con temas de privacidad: dhs.privacyhelp@state.or.us

MSC 2090A (02/14) Spanish