

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Nombre/de Soltero(a): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ CONDADO \_\_\_\_\_

¿Se puede mandar correspondencia por correo? Y  N  Licencia de Conducir# \_\_\_\_\_ (DUII solamente)

TELEFONO: Primero: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ (Nota: Vamos a utilizar estos números de teléfono para comunicarnos contigo acerca de las cita y dejar mensajes)

Masculino  Femenino  Otro  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Para niño/a, quien es la persona de contacto para información sobre citas: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

¿Esta su hijo/a en custodia de DHS? Y  N  Nombre del asignada a su caso: \_\_\_\_\_

¿Ha sido atendido alguna vez por Mid-Columbia Center for Living? Si  No

**Formulo de Inscripción para Votantes  
Estado de Oregon**

Si Ud. No está inscripto para votar en el lugar donde vive ahora. ¿Le gustaría inscribirse aquí hoy?

- Sí. El lugar donde Ud. Presenta su inscripción es confidencial.
- No. El hecho de haber marcado "no" es confidencial.

SI USTED NO MARCA NINGUNA CASILLA NOS DARA A ENTENDER QUE DECIDIO NO INSCRIBIRSE.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para inscribirse para votar in Oregon Ud. debe:**

- Ser residente de Oregon
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Tener por los menos 18 años de edad al día de las elecciones.

**Otra Información:**

- La oficina de elecciones de su condado le enviará una tarjeta para avisarle que recibieron su inscripción
- Usted puede pedimos que le ayudemos a llenar este formulario o puede llenario por su cuenta.
- Los servicios o beneficios que Ud. puede recibir de esta agencia no se verán afectados por su decisión de inscribirse o no inscribirse, o de elegir un partido de su preferencia.
- Si Ud. piensa que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse para votar o de negarse a hacerlo, con su derecho a privacidad al decider si desea inscribirse o con su derecho a elegir su preferencia política puede presentar una queja al *Secretary of State, Salem, Oregon 97310 Phone (503) 986-1518.*

MID-COLUMBIA CENTER FOR LIVING  
Demographica Información Requerido por al Estado

NOMBRE: Apellido/Nombre \_\_\_\_\_

**ETHNIC:**

- Non-Hispanic
- Puertorriqueño
- Mexicano
- Cubano
- Hispano-Otro origen especifico
- Hispano-Ningún origen especifico
- Desconocido

**RAZA:**

- Blanco
- Nativo de Alaska
- Indio Americano (Nativo)
- Negro o Africano Americano
- Asiático
- Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico
- Otra Raza Singular
- Dos o Mas Razas no especificas

**AFLILIADO A TRIBU:**

- (Si es Indio Americano)
- Burns Paiute Tribe
  - Confederated Tribes of Coos, Lower Umpqua and Siuslaw
  - Confederated Tribes of Grand Ronde
  - Confederated Tribes of Siletz
  - Confederated Tribes of Umatilla
  - Confederated Tribes of Warm Springs
  - Coquille Indian Tribe
  - Cow Creek Band of Umpqua Indians
  - Klamath Tribes
  - No Aplica
  - Otro

**IDIOMA PRINCIPAL:**

- Ingles
- Español
- Por Señas

\*\*\*\*\*

**ESTODO CIVIL:**

- Nunca casado
- Casado / Unión Libre
- Separado
- Divorciado
- Viudo
- Desconocido

**CONDICIONES DE VIVIENDA**

- Residencia Privada
- Residencia con pariente
- Residencia con no-pariente
- Vagabundo / Sin vivienda
- Casa de Acogimiento de Menores
- Institución
- Cárcel
- Cuarto con Comida y Renta
- Vivienda con sostén
- Vivienda con apoyo (sitios desparramados)
- Vivienda con apoyo (sitios congregados)
- Alojamiento Libre de Alcohol/Drogas
- Casa de Oxford
- SUD Institución – AOD paciente internado
- BRS Institución - Paciente internado
- CSEC Institución - Paciente internado
- PRTS Institución – Paciente internado
- SCIP/SAIP Institución – Paciente internado
- SRTF por YAT Institución - Paciente internado
- RTH por YAT Institución - Paciente internado
- Institución con Seguridad (SRTF)
- Institución Subaguda – MHS Paciente internado
- Desconocido

**NIVEL DE EMPLEO:**

- Tiempo Completo – 35 o mas Horas a la semana
- Parte de Tiempo – 34 o menos Horas a la Semana
- Desempleado
- Ama(o) de Casa
- Estudiante
- Pensionado (a)
- Discapacidad (Sin poder trabajar)
- Hospital / Institución de Paciente
- Voluntario
- Albergue/Empleo no Competitivo
- No esta en la Fuerza Laboral – No esta buscando

**EDUCATION:**

Ultimo año que a completó en la escuela: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

¿Esta usted interesado/a en recibir ayuda para conseguir o mantener empleo?  Si  No

\*\*\*\*\*

- ¿Es usted un veterano?
- Sí, soy un Veterano (rama de servicio no especificado)
  - Sí, soy un Veterano y actual o antiguamente en servicio activo
  - Sí, yo soy un Veterano actual o antiguamente en servicio de la Guardia / Reserva Militar
  - No soy un Veterano
  - No soy un Veterano, pero esoty actual en la Guardia /Reserva Militar
  - Desconocido

*Elija sólo una respuesta*

\*\*\*\*\*

**MID-COLUMBIA CENTER FOR LIVING**  
**Declaración de Ingreso y Beneficios**

**NOMBRE:** Apellido / Nombre \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE SU HOGAR**  
 (la familia más cerca Sólo): \$ \_\_\_\_\_

(Si Nada = 0000)  
 (Si Rehusó = 0001)

**Fuentes de Ingresos Primarios/Mantenimiento:**

- Salario / Ingresos / Sueldo
- Ayuda Publica / Seguro Social / Estampillas de Comida
- Retiro / Pensión / SSI
- Discapacidad / SSDI
- Otro / Acogimiento de menores /Alimenticia
- Ninguno
- Desconocido

**Fuente de Pago:** (marque todo lo que aplique)

- Pago por si mismo
- Medicare (programa de asistencia medica para ancianos)
- Medicaid (programa de ayuda medica) / OHP # \_\_\_\_\_
- Rebaje / Acuerdo de Asistencia Financiera
- Otroa Pago del gobierno-No Medicaid  
(Fondo de Chofer Intox)
- Compensación de Trabajador
- Seguro Privada: \_\_\_\_\_
- Sin cobro (Gratis, caridad, investigación o educación)
- Otro
- Desconocido

⇒ Están cubiertos por ningún seguro distinta a la indicada más arriba?  Sí  No If sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

**Dependencia:**

# de personas que dependen del ingreso de la casa: \_\_\_\_\_

# de dependientes de menor de edad: \_\_\_\_\_

**Por favor, apunte todos los Meimbro de la familia:**

Nombre	Edad	La relación al Cliente

**ACUERDO PARA PAGO DE SERVICIOS**

Estoy de acuerdo en pagar por servicios a la hora de mi cita a menos que se han hecho otros arreglos previos con MCCFL.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Cliente, Los Padres, Tutor o representante personal  
 Para decisiones de atención de salud)

ELECCIONES DE FACTURACIÓN DE CLIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ AZ# \_\_\_\_\_

**Elijo tener todos mis servicios facturados al seguro. Al hacerlo, entiendo que no soy elegible para una tarifa reducida.**

- Estoy de acuerdo que todos los servicios suministrados a mí serán facturados a mi compañía de seguros.
- Estoy de acuerdo que MCCFL mutuamente intercambiarán información para los propósitos de facturación a terceros por que soy o puede ser elegible.
- Estoy de acuerdo en asignar a la que quizá tenga derecho hacia el costo del servicio que mi familia o yo pueda recibir todos los beneficios.
- Estoy de acuerdo en pagar mi estimado deducible o copago en el momento de cada cita.
- Estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por mi seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

----- OR -----

**Elijo a solicitar una tarifa reducida o programa de beca. Al hacerlo, entiendo que mis servicios no facturados al seguro de terceros. Una tarifa reducida requiere la aplicación por separado .**

- Me someteré a una aplicación de una tarifa reducida. Si soy elegible recibiré servicios a un costo reducido.
- Estoy de acuerdo en pagar mi cuota reducida al tiempo de cada cita.
- Entiendo que el programa de tarifa reducida tiene una fecha de caducidad y que debo aplicar para el programa de tarifa reducida de manera oportuna con el fin de continuar recibiendo la tarifa reducida.
- Cuando expire mi mandato de tarifa reducida estoy de acuerdo en pagar por servicios a precio completo hasta que solicite una tarifa reducida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

----- OR -----

**Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios de tarifa completa. No quiero solicitar una tarifa reducida y no quiero MCCFL a facturar mi seguro.**

- Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios en el momento de cada cita.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**MID-COLUMBIA CENTER FOR LIVING**  
**La referencia y Contacta Información**

**Nombre de Cliente:** \_\_\_\_\_

**Información de Doctor:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Información de dentista:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**¿Quién le se refirió para Center for Living?:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Contacto de emergencia :**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Contacto Local alternativo :**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**El Representante guardián/personal para Decisiones de Asistencia médica :**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Nunca ha sido hospitalizado usted para Asuntos Mentales de Salud?**  Si  No

Si eso es el caso, cuando y dónde: \_\_\_\_\_



Para uso exclusivo de Mid-Columbia Center for Living Use: El *cliente y/o tutor se negó a firmar el consentimiento porque:*

---

*Firma de Personal*

---

*Fecha*

Explique todas las condiciones médicas o emocionales que usted este recibiendo:

ESCRIBA **TODAS** LAS MEDICINAS QUE USTED ESTE TOMANDO. ASEGÚRESE EN INCLUIR LAS MEDICINAS PARA EL CATARRO, RESFRIADOS / ALERGIAS, PROBLEMAS DEL CORAZÓN, LA PRESIÓN ALTA, TIROIDES, "EL AGUA", ANTICONCEPTIVOS, PARA PODER DORMIR, ETC.

Nombre de la Medicina	La Dosis	Cada Cuando	Cuál es la Razón	Contradicciones / Problemas
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a cualquier medicamento? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
¿Si contesta sí, qué medicina y qué reacción?

	Si	No		Si	No
Problemas de Audicion (oidos)			Problemas musculoesqueletales		
Problemas del Hígado			La Presión Alta		
Ataque Apopléjico			Temblores		
Ha Aumentado / Perdido peso			Depresión		
Problema del Estómago			Lesiones en la Cabeza		
Nervios			Hepatitis		
Problemas Para Dormir			Cáncer		
Heridas / Accidentes			Problemas del Corazón		
Dolores de Cabeza			Problemas o Incontinencia nocturna urinarios		
Úlceras			Apoplejía		
Asma /Enfisema			Problemas en los Riñones		
Problemas en Las Tiroides			Enfermedades en los Ojos		
Problemas del sistema Reproductor o Menstruales			Enfermedades transmitidas sexualmente		
Diabetes			Trastornos de Panico/Ansiedad		
Salió Positiva la Prueba de Tuberculosis			Problemas al Respirar		
Problemas Dentales			Ha Estado Inconsciente		

OTRO?



## HOJA de INFORMACION Para el Cliente sobre el PROCESO DE QUEJAS/ QUERELLAS

Las personas quienes reciben servicios de Mid-Columbia Center for Living tienen el derecho a hacer saber sus problemas y preocupaciones en relación con el tratamiento o contacto con Mid-Columbia Center for Living. Es importante que Mid-Columbia Center for Living sea sensible con los individuos y la comunidad. Los individuos quienes buscan información sobre los servicios pueden esperar ser tratados con respeto y tener respuesta a sus preguntas o preocupaciones lo mas pronto posible.

Una queja se define como una situación en la cual una persona expresa preocupación o falta de estar satisfecha con un tratamiento, un empleado, o el servicio. Una querrela incluye una "Acción" la cual es terminación, suspensión o reducción de servicios previamente autorizados.

Siempre cuando un cliente tenga preocupaciones no resueltas en relación con servicios puede pedir ayuda del personal de Mid-Columbia Center for Living quien le provee servicios. Si el cliente siente que la preocupación no esta siendo resuelta o la preocupación es en relación con el personal quien le provee servicios, puede ponerse en contacto directamente con el Encargado del Programa o el Supervisor de Mid-Columbia Center for Living. El Encargado del Programa o el Supervisor se asegurará que el asunto recibirá atención y revisión rápida. El Encargado del Programa o el Supervisor se pondrá en contacto y / o se hará una cita con el cliente para resolver la queja y para discutir mas sus preocupaciones.

Si acaso el cliente siente que el proceso informal no resolvió el asunto, entonces él /ella puede seguir el proceso formal de quejas descrito abajo:

1. El cliente con la queja recibirá una copia de la Forma de Quejas y La Hoja de Información para el Cliente Sobre el Proceso de Quejas. El cliente debe entregar la queja por escrito. Se puede obtener la Forma de Quejas y La Hoja de Información para el Cliente Sobre el Proceso de Quejas en la oficina.
2. Si el cliente necesita o pide ayuda con completar la Forma de Quejas, se le dará tal ayuda. Los clientes también pueden presentar sus quejas verbalmente, pero deben especificar que es una queja formal.
3. **No habrá consecuencias negativas por entregar una queja, y se mantendrá lo más confidencial posible.**
4. **Usted tiene derecho a una audiencia justa con el Departamento de Recursos Humanos del Estado de Oregon (State of Oregon Department of Human Resources) a cualquier tiempo.**

5. La queja original debe ser enviado al Encargado de Programa de inmediato con una copia al Supervisor de Programa y / o el Encargado apropiado por atención rápida a la queja. La persona haciendo la decisión sobre la queja no será alguien involucrado en el nivel anterior de la revisión o decisión.
6. Habrá una decisión formal dada por el Encargado de Programa o la persona a quien ha designado, normalmente dentro de 5 días hábiles de haber recibido la queja, y después de haber hecho una investigación de la queja. La decisión puede ser dada verbalmente o por escrito dentro del termino de los 5 días hábiles. Si ha sido entregada una queja por escrito entonces la decisión dada también debe ser por escrito. Si acaso no se puede dar la decisión por escrito dentro de los 5 días hábiles, una explicación por escrito con la fecha anticipada de entrega de tal decisión debe ser enviada al cliente quien ha entregado la queja, de no mas tardar 30 días de haber sido recibida la queja.
7. Se puede entregar una Querrela en relación con una "Acción" por MCCFL. Se define una "Acción" como terminación, suspensión o reducción de servicios previamente autorizados. El Aviso de Acción será enviado por correo 10 días antes de la fecha del comienzo de la acción, solo que no existen condiciones específicas.
8. Si no es aceptable la decisión, el cliente puede pedir hablar directamente con el Director (Director), quien tomará una decisión dentro de 5 días hábiles.
9. Si el cliente es miembro del Plan Prepagado del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan Prepaid Health Plan), y no está de acuerdo con la resolución de la queja, el cliente puede presentar su quejas al OMAP Ombudsman, según indicado en el Manual de Miembro de OHP (OHP Member Handbook). Se puede pedir una copia de este proceso en la oficina de Mid-Columbia Center for Living.

MCCFL reserva el derecho a cambiar esta norma en cualquier momento.

**Mid- Columbia Center For Living**

**AVISO DE DERECHOS PARA HACER UNA DECLARACION  
PARA TERAPIA / TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

Bajo la ley Estatal de Oregon, individuos tienen el derecho de hacer una Declaración para Terapia / Tratamiento de Salud Mental.

Una Declaración para Terapia de Salud Mental, le da el derecho de hacer decisiones por avanzado, de ciertos tipos de terapia / tratamiento de salud mental; medicamentos sicóticos, ser admitido a una clínica para terapia a corto plazo (que no excedan 17 días) tratamiento / terapia convulsivo y servicios de paciente externo (no hospitalizado). Servicios de paciente externo son servicios de salud mental, que se ofrecen por medio de citas con terapeutas y programas profesionales. Las instrucciones que usted incluya en ésta declaración serán supervisadas, solamente si el tribunal o si dos médicos piensan que usted es incapaz / inepto de poder hacer decisiones para la terapia / tratamiento. De otra manera, usted será considerado capaz / apto, de dar permiso o de no dar consentimiento para terapia / tratamiento. Es posible que sus instrucciones no sean observadas, si a usted lo tienen detenido de acuerdo a la ley civil de confinamiento.

Usted también puede nombrar a una persona como su representante, para que ésta pueda hacer decisiones para terapia / tratamiento, si es que usted no lo puede hacer. La persona que usted nombre, tiene él deber de actuar consistentemente con sus deseos como lo indique en este documento, o si no la ha indicado, será hecho de la manera como lo indique el representante. Si su representante no sabe cuáles son sus deseos, él o ella tendrá que hacer decisiones para su mejor bienestar. Para que el representante actúe de manera eficaz, la persona que usted nombre necesita aceptar ser el representante por escrito. Esta persona también tendrá el derecho de renunciar de ser su representante en cualquier momento. El "representante" también es referido como "abogado apoderado" en las leyes estatales, sin embargo, esta persona no necesita ser un abogado de derecho.

El Derecho para Hacer una Declaración para Terapia de Salud Mental, continuará por un periodo de tres años, a menos que usted se encuentre incapacitado, para participar en las decisiones de la terapia / tratamiento de salud mental. Si esto ocurre, el directivo / mandato continuará hasta que usted no este incapacitado.

Usted tiene el derecho de revocar la Declaración en parte o por completo en cualquier momento, si usted no ha sido determinado estar incapacitado. **USTED NO PUEDE REVOCAR LA DECLARACION PARA TERAPIA /TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL, CUANDO USTED ESTE CONSIDERADO INCAPACITADO POR EL TRIBUNAL O POR DOS MEDICOS.** La revocación entra en vigor, cuando esto se le ha comunicado a su médico que lo atiende o a otro proveedor.

Si usted desea mas información sobre la Declaración para Terapia / tratamiento de Salud Mental, por favor pregúntele a su terapeuta o el gerente en turno para que le dé la información requerida.

**MID-COLUMBIA CENTER FOR LIVING**  
**NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**

**Esta notificación esta disponible en otros idiomas y formatos alternativos que reunen las guias para la Ley de Americanos con Incapacidades (ADA). Pongase en contacto con MCCFL por telefono en The Dalles al 541.296.5452, en Hood River al telefono 541.386.2620, o en Condon 541.384.2666.**

Esta notificación describe las practicas de privacidad de los medicos, consejeros, terapeutas, y supervisores de casos de **Mid-Columbia Center for Living** y cualquier otro miembro del personal en los condados que atienden por medio de este centro. Todas las localidades de este Centro estan consideradas como una entidad cubierta bajo HIPAA.

**I. Nuestras Obligaciones de Privacidad**

Se nos exige por ley mantener la privacidad de su salud (**Información de Salud Protegida** o PHI) y proveerle con esta notificación de nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad con respecto a su información de Salud Protegida (PHI). Cuando nosotros usamos o divulgamos su Información de Salud Protegida, se nos exige cumplir con los terminos de esta Notificación (o otra notificación en efecto durante el tiempo de uso o divulgación). La Información de Salud Protegida (PHI) del Cliente de Salud Mental esta protegida bajo la Regla de Privacidad HIPAA (45 C.F.R. Partes 160 & 164) al igual que la Ley Estatal de Oregon. Información Personal Identificable del Cliente de Alcohol y Drogas (PII) esta protegida bajo las dos HIPAA y la Ley Federal mas severa CFR Parte 2 y La Ley Estatal de Oregon. El admitir el uso y divulgación de Información Protegida para los clientes de salud mental y para Información Personal Identificable para clientes de alcohol y drogas estan delineadas en las secciones III y IV, respectivas.

**II. Usos y Divulgaciones que EXIGEN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

En ciertas situaciones, nosotros debemos obtener su autorización o consentimiento por escrito ("**Su Autorización**") para poder usar y/o divulgar su Información de Salud Protegida (PHI).

**El Derecho a Cancelar su Autorización.** Como cliente de Salud Mental, usted puede cancelar su autorización, excepto hasta cierto punto de que nosotros hayamos tomado acción y dependencia sobre ella, al entregarle una declaración de cancelación por escrito a su proveedor de servicio. [45 CFR 164.520 (b)(1)(ii)(E)] Los clientes de Alcohol y Drogas pueden cancelar sus autorizaciones verbalmente o por escrito. Para los clientes de Alcohol y Drogas, una autorización del sistema de justicia criminal puede ser irrevocable.

MCCFL no puede retomar cualquier uso o divulgación que ya se haya hecho con su autorización anterior.

• **Usos y Divulgaciones de Su Información Altamente Confidencial.** La ley Federal y la ley de Oregon imponen protecciones de privacidad especial para "Información Altamente Confidencial", que incluye (1) tratamiento de salud mental (2) tratamiento de abuso de alcohol y drogas, (3) exámenes de VIH/SIDA, (4) abuso/negligencia de menores (5) agresión sexual y (6) exámenes genéticos.

Debemos obtener su autorización para que nosotros podamos divulgar su Información Altamente Confidencial para un propósito aparte de esos permitidos por la ley.

### **III. Usos y Divulgaciones SIN SU AUTORIZACION**

Nosotros podemos usar y divulgar su Información de Salud Personal sin su Autorización para los siguientes propósitos. Estos se aplican a todos los clientes; Sección IV, que es más severa, se aplica a clientes de AOD solamente.

#### **Tratamiento, Pagos y Operaciones del Cuidado de Salud**

- **Tratamiento.** Nosotros usamos y divulgamos su Información de Salud Protegida para proveerle tratamiento y otros servicios a usted. Nosotros también podemos divulgar Información de Salud Protegida a otros proveedores envueltos en su tratamiento.
- **Pagos.** Nosotros podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida para obtener pagos por los servicios que nosotros le proveemos a usted de Medicare, El programa de Medicaid de Oregon o algún otro programa del gobierno que organice o pague el costo de algunos o todos sus cuidados de salud. Nosotros vamos a obtener su Autorización para divulgar su Información de Salud Protegida a su asegurador de salud, HMO o otro pagador. Nosotros debemos obtener autorización de los clientes de Alcohol y Drogas para poder divulgar Información Personal Identificable para y HMO, asegurador de salud o otro pagador privado.
- **Operación de Cuidado de Salud.** Nosotros podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida para nuestras operaciones de cuidado, las cuales incluyen administración interna y planeación y varias actividades que mejoran la calidad y la efectividad del costo del cuidado que nosotros le entregamos.

#### **Divulgación a Parientes, Amigos Cercanos y Otros Proveedores de Cuidado.**

Nosotros podemos usar o divulgar su Información de Salud Protegida a un miembro de su familia, otro pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona identificada por usted cuando usted está presente para, o de otra manera disponible antes de, la divulgación, si nosotros (1) Obtenemos su consentimiento (2) le damos la oportunidad

de oponerse a divulgar y usted no se opone; o (3) que usted razonablemente demuestre que usted no se opone a la divulgación. [45 CFR 164.510 (b)]

Si usted no esta presente, o la oportunidad para estar de acuerdo o se opone a usar o no se puede proveer la divulgación prácticamente por su incapacidad o una circunstancia de emergencia, nosotros podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si es que una divulgación sera para su beneficio. Si nosotros divulgamos información a un miembro de familia, o otro pariente o un amigo personal cercano, nosotros divulgaríamos información que nosotros creamos que es directamente referenta una preocupacion en cuanto a su cuidado de salud o esta relacionado a un pago relacionado con el cuidado de su salud. Nosotros tambien podemos divulgar su Información de Salud Protegida para poder notificar (o asisitir en notificar) a dichas personas de su localidad, condición general o muerte. [45 CFR 164.510(b)]

**Actividades de Salud Publica.** Nostoros podemos divulgar su Información de Salud Protegida para las siguientes actividades de salud: (1) para reportar información de salud a las autoridades de salud publica para el proposito de prevenir o controlar enfermedades, herida o incapacidad; (2) para reportar abuso de minore/s o negligencia al Departamento de de Niños y Familias del Estado de Oregon o otras autoridades de agencias del gobierno autorizadas por la ley para recibir tales reportes; (3) para reportar información acerca de productos y servicios bajo la juridiccion de La Administración de Comida y Drogas de Los Estados Unidos; (4) para alertar a personas que pudieran haber estado expuestas a una enfermedad contajiable o de alguna otra forma sean un riesgo de contraer o contajear una enfermedad o condición; y (5) para reportar información a su empleador como se exige bajo las leyes que se dirijen a enfermedades relacionadas con el trabajo y heridas o vigilancia medica en el lugar de trabajo. [45 CFR 164.512(b)]

**Victimas de Abuso, Negligencia o Violencia Domestica.** Si nosotros razonablemente creemos que usted es una victima de abuso, negligencia o violencia domestica, nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida a el Departamento de Servicios Humanos o a otras autoridades del gobierno, incluyendo servicios sociales o una agencia de servicios de protección, autorizada por la ley para recibir reportes de tal abuso, negligencia, o violencia domestica [45 CFR 164.512)].

**Actividades de Salud Descuidadas.** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida a una agencia de descuido de salud que supervisa el sistema del cuidado de salud y se encarga de la responsabilidad para asegurar el cumplimiento con las reglas de los programas de salud del gobierno tales como Medicare o Medicaid. [45 CFR 164.512(d)].

**Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida durante el transcurso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden legal o otro proceso legal. Además, al menos que específicamente se autorize por medio de una orden del tribunal, Nosotros no podemos usar o divulgar su Información de Salud Protegida identificandolo a usted

como receptor de tratamiento de servicios de alcohol y drogas. [45 CFR 164-512(e)][42 CFR parte 2]

**Oficiales de la Ejecución de la Ley** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida a la policía o a otros oficiales que ejercen la ley como se exige o es permitido por ley o en cumplimiento con una orden de los tribunales o un gran jurado o una orden administrativa. [45 CFR 164.512(f)]

**Causantes.** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida a un médico forense o a un examinador médico como esta autorizado por la ley. [45 CFR 164.512(g)] [ORS 432.307 (3)]

**Salud, Seguridad o Otras Funciones de Gobierno.** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida para prevenir o disminuir una amenaza grave o eminente a personas o a la salud pública o seguridad. [45 CFR 164.512(j)]

**Compensación de Trabajadores.** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida como se autoriza por y al extento necesario para cumplir con la ley estatal relacionada con la compensación de trabajadores o otros programas similares. [164.512(l)] [OAR 436-010-0240(1)]

#### **Acuerdo de Negocios Asociados**

Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida a un Negocio Asociado que se a comprometido y esta de acuerdo en obedecer las protecciones confidenciales federales y estatales para proteger la información. Esta divulgación sera limitada y relacionada solamente al trabajo especifico que se esta haciendo con el Negocio Asociado.

#### **Investigación**

Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores que estan conduciendo busquedas cientificas si el Director del Programa a Determinado que el investigador (1) esta calificado para la investigación; (2) tiene un protocolo que asegura la privacidad y la re-divulgación de su Información Personal Identificable; y (3) a tenido un a revisión severa del Comité de Revisión Interno y que se considera lo suficiente seguro para proteger la confidencialidad de su Información Personal Identificable en luz de los posibles beneficios de la investigación.

#### **Donacion de "Cadaver"**

Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida en el evento de una donación de Cadaver.

**Como es Requerido por la Ley** cuando se nos exige hacerlo por cualquier otra ley que aun no han sido referidas en las siguientes categorías.

#### **IV. Usos y Divulgaciones SIN SU AUTORIZACIÓN para Clientes que estan recibiendo tratamiento de Drogas y Alcohol**

Nosotros podemos usar y divulgar su Información Personal Identificable (PII) sin su autorización para los siguientes propósitos:

**Comunicaciones Internas.** Nosotros podemos divulgar su Información Personal Identificable dentro del Programa de Tratamiento de Drogas y Alcohol (referida como el programa de aquí en adelante) de MCCFL, igual que entre el Programa y la agencia de Administración que tiene control sobre el programa.

**Divulgaciones Anonimas.** Nosotros podemos divulgar información que de ninguna manera encadena a usted al programa de abuso de sustancias.

**Acuerdo de Organizaciones con Servicios Capacitados (QSOAs).** Nosotros podemos divulgar su Información Personal Identificable si nosotros tenemos un acuerdo por escrito entre el Programa y una Organización de Servicios de afuera (SO). El SO quizás no sea una agencia que ejerce la ley o otro programa de abuso de sustancias que da el servicio igual o similar. Las divulgaciones lícitas son limitadas al extento de que la Información Personal Identificable que se esta intercambiando es necesaria por parte del SO para proveer los servicios acordados al Programa. MCCFL tiene un QSOA con el programa de servicios mentales para poder proveer servicios integrados. La agencia tambien tiene tales acuerdos con los laboratorios de examinación para asegurar confidencialidad de su Información Personal Identificable que se pasa entre las entidades.

**Emergencia Medica.** Nosotros podemos divulgar su Información Personal Identificable en caso de emergencia si la divulgacion se hace al personal medico; una condicion es que tenga una amenaza inmediata a su salud; y exista una necesidad de intervenció n medica inmediata. Las especificaciones del incidente deben ser documentadas.

**Investigacion.** Nosotros podemos divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores que estan conduciendo busquedas cientificas si el Director del Programa a determinado que el investigador (1) esta calificado para la investigacion; (2) tiene un protocolo que asegura la privacidad y la re-divulgacion de su Información Personal Identificable; y (3) a tenido un a revisión severa del Comité de Revisión Interno y que se considera lo suficiente seguro para proteger la confidencialidad de su Información Personal Identificable en luz de los posibles beneficios de la investigaci6n.

**Auditoria y Evaluaci6n.** Nosotros podemos divulgar su Información Personal Identificable a agencias de regulaci6n, recaudadores de fondos, portadores de terceras partes, y organizaciones compaÑeras de repaso para que podamos manejar el Programa para asegurar que esta cumpliendo con las regulaciones obligatorias y que apropiadamente estan repartiendo y contando los fondos recibidos. Estas



divulgaciones son de tiempo limitado, envuelven acuerdos de confidencialidad firmados, y que no se permite la re-divulgación de información de terceras partes, y se requiere instalaciones y practicas de registros para proteger su Información Personal Identificable cuando no se a utilizando.

**Autorizando una Orden del Tribunal.** Nosotros podemos divulgar su Información Personal Identificable con una orden del tribunal especial con criterios especiales (dependiendo del tipo de caso). Una orden del tribunal regular, una orden de allanamiento, o de arresto en o de si misma es insuficiente para permitir o exigir la divulgación de su Información Personal Identificable.

**Amenaza del Paciente/ Un Crimen en el Lugar de Negocio o Encontra del Personal del Programa.** Nosotros podemos divulgar su Información Personal Identificable a los que ejercen la ley cuando un cliente comete o amenaza en cometer un crimen en el establecimiento del programa o de nuevo con el personal del programa. La divulgación permitida esta limitada al incidente, incluyendo el nombre del cliente, dirección, su ultimo paradero, y su condición.

**Reportando la Sospecha de Abuso o Negligencia a un Menor.** De acuerdo con con las leyes Estatales que exigen al personal reportar sospecha de abuso o negligencia a un menor. El personal del programa puede reportar el nombre del cliente, dirección, la naturaleza de la sospecha de abuso/negligencia, y como es que el reportador se hizo conciente de ella.

## **V. Su Derecho en Cuanto a Su Informacion de Salud Protegida**

**Quejas.** Si usted esta preocupado que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad o esta en desacuerdo con una decisión que nosotros hemos hecho encuanto al acceso a su Información de su Salud Protegida, usted se puede comunicar con nuestro Oficial de Privacidad. Tambien puede archivar una queja por escrito con la Secretaria, La Oficina para Derechos Civiles de Los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos. Sobre su pedido, el Oficial de Privacidad le dara la dirección correcta para la Secretaria. Nosotros no tomaremos represaria en contra de usted si usted presenta una queja con la Secretaria o con nosotros.

**El Derecho de Exigir Restricciones Adicionales.** Usted puede pedir restricciones en cuanto a nuestro uso y divulgación de su Información de Salud Protegida. Mientras que nosotros vamos a considerar todos los pedidos en cuanto a restricciones adicionales cuidadosamente, no se nos exige estar de acuerdo con un pedido de restricción. Si usted desea exigir restricciones adicionales, por favor notifique a su proveedor de servicios. Nosotros le enviaremos una respuesta dentro de 10 dias de trabajo.

**El Derecho de Recibir Comunicaciones Confidenciales.** Usted puede pedir, y nosotros lo complaceremos, cualquier pedido por escrito razonable para que usted reciba su Información de Salud Protegida por medio de comunicación alternativa o una

localidad alternativa. [45 CFR 164.522(b); 164.520(b)(1)(iv)(B)]. Si usted desea pedir comunicaciones confidenciales, por favor notifique a su proveedor de servicios.

**El Derecho de Repasar y Recibir una Copia de su Archivo.** Usted puede pedir acceso a su archivo medico y sus facturas de cobro que es sostenido por nosotros para poder repasar y pedir copias de sus archivos. Bajo ciertas circunstancias, nosotros le podemos negar el acceso a una porción de sus archivos. Si usted desea acceso a sus archivos, por favor obtenga un forma para pedido de su archivo del Personal de Apoyo o su trabajador y someta la forma llenada a nuestro Oficial de Privacidad. Si usted pide copias, nosotros le cobraremos **\$0.50** por cada hoja, hasta un maximo de **\$20.00**. Tambien le cobraremos por el costo del sello de correo, si usted pide que le enviemos las copias.

**El Derecho de Arreglar sus Archivos.** Usted tiene el derecho a pedir que nosotros arreglemos Su Información de Salud Protegida que esta sostenida en nuestro archive medico o archivos de cobros. Si usted desea arreglar su archivo, por favor obtenga una forma para *Un Pedido Para Arreglar Su Información de Salud Protegida* del personal de MCCFL y someta la forma completa a nuestro Oficial de Privacidad. Nosotros cumpliremos con su pedido al menos que nosotros creamos que la Información de Salud Protegida que se arreglaria esta correcta y completa o si se aplican otras circunstancias.

**El Derecho a Recibir una Contabilidad de sus Divulgaciones.** Encuanto a su pedido, usted puede obtener una contabilidad de ciertas divulgaciones de Su Informacion de Salud Protegida departe nuestra oficina durante cualquier periodo de tiempo antes de la fecha de su pedido mientras de que ese periodo no se exceda de seis (6) años y no se aplique a divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de Abril del 2003. Si usted desea recibir copias de una contabilidad de sus divulgaciones, por favor notifique al personal de MCCFL. Usted tiene el derecho a una copia gratuita de sus divulgaciones cada 12 meses (164.528(c)(2); pedidos posteriores estan sujetos a un cobro de \$0.50 por hoja por los costos de copiarlos y el trabajo necesario del personal para cumplir con el pedido de contabilidad.

**El Derecho a Recibir Una Copia de Papel de esta Notificación.** Sobre su pedido, usted puede obtener una copia de papel de esta notificación, aunque usted haya estado de acuerdo en recibir dicha notificación electrónicamente.

#### **VI. Fecha Efectiva y Duración de esta Notificación**

- A. **Fecha Efectiva.** Esta Notificación es efectiva desde el 14 de Abril del 2003.
  
- B. **El Derecho a Cambiar los Terminos de esta Notificación.** MCCFL puede cambiar los terminos de esta notificación en cualquier momento. Si nosotros cambiamos esta notificación, nosotros podemos hacer que los

nuevos terminos efectivos sean para toda nuestra Información de Salud Protegida que nosotros mantengamos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de repartir la nueva notificación. Si nosotros cambiamos esta notificación, nosotros pondremos la nueva notificación en nuestras salas de espera en nuestras clinicas. Usted tambien puede obtener cualquier notificación nueva al comunicarse con el Oficial de Privacidad.

**VII. Oficial de Privacidad**

Usted puede comunicarse con el Oficial de Privacidad en: Mid-Columbia Center for Living, 1610 Woods Court, Hood River, Oregon 97031; Numero de Telefono: (541) 386-2620.

Last updated August 2006.



## La Información Sobre las Instrucciones Anticipadas

---

Cada adulto puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico. El derecho a la libre determinación es relativamente fácil cuando una persona está bien y puede hablar. Lamentablemente, durante una enfermedad grave, la gente puede estar inconsciente o incapaz de comunicar sus deseos.

La toma de decisiones acerca de los cuidados a veces presenta preguntas, conflictos u otros dilemas para los profesionales clínicos y el paciente, la familia, o de otros responsables de la toma de decisiones. Estos problemas pueden surgir en torno a las cuestiones de admisión, tratamiento, o descarga. Pueden ser especialmente difíciles de resolver cuando las cuestiones que implican, por ejemplo, retener resuscitative service, o renunciar al retirarse el tratamiento para sostener la vida. Los dilemas que surgen se abordarán con el paciente, los familiares y los cuidadores según sea necesario para ayudar a la resolución de los conflictos.

**Las leyes federales proporcionan un medio por el cual usted puede realizar sus deseos con respecto a las decisiones de su cuidado de salud:** El *avance de la Directiva* permite a los proveedores de atención médica directa a retener o retirar los procedimientos de conservación de la vida en el caso de que usted sufre de una enfermedad terminal, se encuentran permanentemente inconsciente, han adelantado la enfermedad progresiva o sufrimiento extraordinario.

El nombramiento de un **representante de atención de salud** le permite designar una persona específica que asumiera la autoridad para tomar decisiones de atención de salud en su nombre en caso de que usted ya no pueda hacerlo. También puede dar instrucciones específicas con respecto a cualquier aspecto de su cuidado de salud.

En ausencia de *directriz anticipada* del Mid-Columbia Center for Living le ofrecerá el tratamiento y ayudar a su médico considere oportunas. Los formularios incluidos son para el uso del adulto que desea completar una directriz anticipada. La existencia o la ausencia de una *Directiva avanzada* no determina y acceso del individuo a la atención, tratamiento y servicios.

*Directiva anticipada* formularios no requieren la asistencia de un abogado para completar. Si desea más información, un folleto titulado Haciendo decisiones de atención de salud está disponible llamando las Oregon Health Decisions al 1-800-422-4805, o poniéndose en contacto con el Mid-Columbia Center for Living coordinadores en 541-386-5452 ext. 3236, o 541-386-2620 ext 2103.

Las directrices anticipadas relativas a su cuidado en Mid-Columbia Center for Living deben estar en el archivo de su expediente médico en nuestro departamento de registros médicos para que podamos adherir a sus deseos.