

Autorización para compartir información de YCCO Prestación del OHP para necesidades sociales



Nombre:	Apellido o apellidos:		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Correo electrónico:	Identificación de miembro de OHP:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

El Plan de Salud de Oregón (OHP) cubre los servicios de Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN) sin costo alguno para usted. Los servicios de HRSN son artículos y ayudas como:

- Un aire acondicionado
- Mini refrigerador para medicamentos
- Comidas especiales para su problema de salud
- Apoyo a la vivienda

Los proveedores de servicios HRSN son entidades que prestan servicios HRSN.

Si rellena este formulario y firma a continuación autorizará (permitirá):

- Compartir su información sanitaria y otra información confidencial sólo para los fines indicados en la Parte 1 a continuación.
- Determinadas entidades y personas para compartir su información. Deben compartir la menor cantidad necesaria para organizar los servicios de HRSN.

Firmar este formulario **no**:

- Permite que nadie comparta su información con la policía o con agencias de inmigración.
- Significa que usted acepta pagar cualquier prestación de HRSN.

Parte 1. Objetivos de intercambio de información.

Al firmar, usted autoriza (permite) que su información sanitaria y otra información confidencial sea compartida para:

- A. Determinar si usted reúne los requisitos para los servicios de HRSN.
- B. Remitirle a los servicios de HRSN, ayudarle a acceder a ellos u obtenerlos, e
- C. Identificar, apoyar, coordinar, cambiar y pagar los servicios de HRSN para usted.

Parte 2: Tipos de información compartida.

Al firmar, usted autoriza (permite) que se comparta el siguiente tipo de información sobre usted según sea necesario para los fines de la Parte 1. Esta información sólo se comparte cuando es necesario.

A. Información demográfica, que incluye:

- Nombre
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Dirección
- Información contractual, y
- Cualquier necesidad de accesibilidad, como ayuda en otro idioma o formato, para acceder a los servicios. Esto puede ayudarle a ponerse en contacto con un proveedor de servicios de HRSN que entienda su idioma o cultura.

Autorización para compartir información de YCCO

Prestación del OHP para necesidades sociales



- B. Determinada información sanitaria protegida (PHI). Puede tratarse de información sobre:
- Su elegibilidad para el OHP (Medicaid)
 - Su historial médico. Esto incluye:
 - Resultados de las pruebas de laboratorio
 - Uso de medicamentos
 - Condiciones de salud, y
 - Tratamientos.
- C. Información específica de HRSN, que incluye:
- Las razones por las que reúne los requisitos para recibir los servicios de HRSN como las condiciones de salud o las circunstancias vitales
 - Los servicios HRSN que puede obtener, y
 - Los proveedores de servicios de HRSN que trabajaron con usted.
- D. Información sobre salud mental, que puede incluir:
- Su diagnóstico de salud mental y tratamientos. Sólo se compartirá cuando sea necesario. **Esto no incluye notas de psicoterapia.** Deberá dar su consentimiento para poder compartir dichas notas.
- E. Información sobre trastornos por consumo de sustancias, que puede incluir:
- Su consumo actual y pasado de alcohol o drogas
 - Diagnósticos
 - Medicamentos y
 - Programas de tratamiento ambulatorio y residencial, e
 - Información sobre el trauma que ha sufrido y que ha afectado o afecta a su consumo de alcohol o drogas.
- La información sobre su trastorno por consumo de sustancias o alcohol procedente de proveedores que deben cumplir la normativa federal de confidencialidad sobre el consumo de sustancias (42 CFR Parte 2) puede compartirse SÓLO si marca la casilla que aparece al final de este formulario.**
- F. La información sobre su vivienda incluye su:
- Situación de vivienda
 - Historial de vivienda y
 - Apoyos.

Parte 3: Socios asistenciales que comparten u obtienen su información.

Al firmar, usted autoriza (permite) que los siguientes puedan compartir y obtener su información:

- Personas y entidades que participan en su atención sanitaria
- Servicios de HRSN y
- Coordinación del cuidado (socios asistenciales).

Sólo podrán compartir su información para los fines descritos en la Parte 1 de este formulario. Los socios asistenciales y sus contratistas se comprometen a cumplir todas las leyes relativas a la protección de sus datos y al uso compartido de su información. Entre sus socios asistenciales pueden figurar los siguientes:

- A. Proveedores de atención sanitaria, que pueden incluir:
- Hospitales
 - Clínicas
 - Médicos
 - Farmacias
 - Dentistas y
 - Proveedores de salud conductual.
- B. Yamhill Community Care

Autorización para compartir información de YCCO Prestación del OHP para necesidades sociales



- C. Proveedores de servicios HRSN y vendedores que puedan prestar o suministrar servicios o artículos HRSN, como unidades de aire acondicionado, bajo la prestación HRSN. En el Anexo A figura una lista de estos proveedores.

Parte 4. Periodo de autorización. Una vez que firme este formulario, será válido hasta que se produzca una de estas situaciones:

- Han transcurrido 12 meses desde la fecha en que firmó este formulario.
- Usted cancela este formulario. Puede hacerlo de cualquiera de las siguientes maneras:
 - Llame al 1-855-722-8205
 - Envíe un correo electrónico a: compliance@yamhillcco.org, o
 - Envíe un fax al: 503-857-0767
- Puede realizar cualquier cambio en este formulario. El nuevo formulario entrará en vigor en la fecha en que envíe los cambios. Puede hacerlo de cualquiera de las siguientes maneras:
 - Llame al 1-855-722-8205
 - Envíe un correo electrónico a: compliance@yamhillcco.org, o
 - Envíe un fax al: 503-857-0767

Parte 5. Sus derechos. Al firmar, usted entiende y acepta que:

- A. Puede cancelar o modificar este formulario en cualquier momento de cualquiera de las siguientes maneras:
 - Llame al 1-855-722-8205
 - Envíe un correo electrónico a: compliance@yamhillcco.org, o
 - Envíe un fax al: 503-857-0767
- B. Si cancela este formulario, los socios asistenciales no podrán detener ni eliminar la información que ya se haya compartido, vuelto a compartir o recibido.
- C. Tiene derecho a obtener una copia de este formulario.
- D. Sus socios asistenciales pueden compartir y volver a compartir su información con otras personas o entidades. Sin embargo, sólo pueden hacerlo en la medida en que lo permita la ley o lo indique este formulario.
- E. Puede obtener una lista de los socios asistenciales que han recibido su información. Para solicitar esta lista, hágalo de cualquiera de las siguientes maneras:
 - Llame al 1-855-722-8205
 - Envíe un correo electrónico a: compliance@yamhillcco.org, o
 - Envíe un fax al: 503-857-0767

No tiene que firmar este formulario. Si no firma este formulario, YCCO le entregará una copia de su aprobación de autorización de servicio HRSN. Deberá solicitar directamente al proveedor de servicios HRSN los servicios aprobados.

Aunque decida no firmar este formulario, usted:

- Recibirá todas sus prestaciones, tratamientos o cuidados.
- Recibirá una decisión sobre si se le aprueban o deniegan los servicios de HRSN.
- No tendrá que pagar por los servicios de HRSN.

Al firmar este formulario, autorizo (permiso) a mis socios asistenciales a utilizar y compartir mi información sanitaria y otra información confidencial para los fines indicados en la Parte 1 de este formulario.

Si incluyo voluntariamente mi número de teléfono en este formulario, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas de mis socios asistenciales (pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos). Mis socios asistenciales pueden enviar mensajes de texto o llamar a este número para informarme sobre:

- Mis opciones de consentimiento

Autorización para compartir información de YCCO Prestación del OHP para necesidades sociales



- Cómo se puede compartir mi información.

Al marcar esta casilla, también autorizo (permiso) que se comparta la información sobre mí relacionada con trastornos por consumo de sustancias que provenga de proveedores sujetos a la normativa federal sobre consumo de sustancias y confidencialidad (42 CFR Parte 2) a/de las siguientes personas:

Nombre de la agencia o persona: _____ Información de contacto: _____

Nombre de la agencia o persona: _____ Información de contacto: _____

Si firma por usted mismo, escriba el nombre del miembro, firme y ponga la fecha. Si firma en nombre de otra persona, complete todos los datos del miembro y los del representante.

Nombre del miembro:	Firma del miembro:	Fecha (mm/dd/aaaa):
Nombre del representante:	Firma del representante:	Fecha (mm/dd/aaaa)
Relación del representante con el miembro o descripción de la autoridad para firmar por el miembro:		

Puede obtener gratuitamente este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Llame a servicio al cliente al 855-722-8205 o TTY 711. Aceptamos llamadas de retransmisión.

AVISO IMPORTANTE: Este mensaje está destinado a la persona o entidad a la que va dirigido y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación en virtud de la legislación aplicable. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, o el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario previsto, por la presente se le notifica que cualquier difusión, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**. Si ha recibido este mensaje por error, avísenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.

12/12/2023