

**Oficina de Servicios para  
Discapacidades del Desarrollo  
Solicitud de determinación  
de elegibilidad**



**For CDDP office use only / Para uso exclusivo de la oficina de Programas Comunitarios de Discapacidades del Desarrollo (CDDP, por sus siglas en inglés)**

Date received	CDDP receiving form	<input type="checkbox"/> Initial application
		<input type="checkbox"/> Reapplication
Title XIX Medicaid (OSIPM or MAGI) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	OHP number or OHP referral date	Prime number

**Información del solicitante (en letra de molde)**

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Estado civil
Dirección actual	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta)	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico principal	Dirección de correo electrónico (opcional)		

**Contacto principal / Padre custodio / Tutor legal (de ser pertinente)**

Nombre	Relación (p.ej., padre custodio, tutor legal)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico principal	Dirección de correo electrónico (opcional)		
¿Tiene el solicitante un tutor legal <u>que le haya asignado un tribunal?</u>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre, dirección y número de teléfono del tutor legal asignado (indique si son los mismos indicados arriba)			
¿Tiene el solicitante un representante para fines médicos (healthcare representative)? ORS 127.505			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre, dirección y número telefónico del representante para fines médicos (indique si son los mismos indicados arriba)			

## Derivación a CDDP

Nombre y cargo de la persona que derivó al solicitante

Número telefónico

¿Ha recibido o solicitado alguna vez el solicitante servicios de algún programa relacionado con discapacidades en Oregon o en otro Estado?

Sí   
No

Indique el condado de Oregon o el/los otro(s) Estado(s)

## Forma de comunicación que prefiere el solicitante (OAR 943-070-0040)

¿En qué idioma desea que le hablemos?

¿En qué idioma desea que le escribamos?

¿Necesita un intérprete (*de idiomas o de señas*)?

Sí  No

Otras necesidades en términos de comunicación

## Etnia del solicitante (OAR 943-070-0030)

Etnia (*Marque todas las casillas que correspondan*)

Hispano o latino

Cubano

Mexicano

Puertorriqueño

Centro o sudamericano

Otro

No de origen hispano

No sabe

Otro:

Prefiere no contestar

## Raza del solicitante (OAR 943-070-0030)

Raza (*Marque todas las casillas que correspondan*)

Indígena

estadounidense o de Alaska

Indígena de Alaska

Indígena

norteamericano

Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)

Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Indígena norteamericano de otro tipo

Asiático

Indígena asiático

Chino

Filipino

Hmong

Japonés

Coreano

Laociano

Sud asiático

Vietnamita

Asiático de otro tipo

Blanco

Europeo oriental

Del oriente medio

Nofrancés

Eslavo

Europeo occidental

Blanco de otro tipo

- Afroamericano o negro
  - Africano
  - Afroamericano
  - Caribeño
  - Negro de otro tipo

- Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico
  - Guameño o chamorro
  - Indígena de Hawái
  - Samoano
  - Otras islas del Pacífico

- Otro:

---

- No sabe

---

- Prefiere no contestar

**Discapacidades del desarrollo**

Describa su discapacidad e indique la edad en que se observó por vez primera

**Discapacidad intelectual**

Afecciones observadas o diagnosticadas	De habersele diagnosticado, indique el proveedor médico y la fecha
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	
<input type="checkbox"/> Retraso generalizado del desarrollo	
<input type="checkbox"/> Hitos no cumplidos a tiempo	

**Otra discapacidad del desarrollo**

Afecciones observadas o diagnosticadas	De habersele diagnosticado, indique el proveedor médico y la fecha
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder o ASD)	
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Exposición prenatal a drogas, alcohol u otras toxinas	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette	
<input type="checkbox"/> Lesión cerebral adquirida o traumática	
<input type="checkbox"/> _____	

## Otros padecimientos

Afecciones observadas o diagnosticadas	De habersele diagnosticado, indique el proveedor médico y la fecha
<input type="checkbox"/> Déficit de atención o déficit de atención con hiperactividad	
<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo	
<input type="checkbox"/> Trastorno lingüístico	
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar o de la personalidad	
<input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático	
<input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje específico	
<input type="checkbox"/> Trastorno relacionado con el consumo de drogas	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	

## Proveedores médicos:

Médico o clínica principal	Ubicación	Número telefónico
Dentista o clínica	Ubicación	Número telefónico
Hospital preferido	Ubicación	Número telefónico

## Evaluaciones del desarrollo

Indique los profesionales que han evaluado sus discapacidades. Incluya a psicólogos, neuropsicólogos, psiquiatras, neurólogos, pediatras del desarrollo, genetistas y proveedores de atención para la salud mental. Por ejemplo, indique los profesionales que le hayan practicado pruebas de coeficiente intelectual (IQ test), evaluaciones psicológicas, evaluaciones médicas o genéticas de su discapacidad o evaluaciones mentales.

Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )		Número telefónico
Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )		Número telefónico
Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )		Número telefónico

Fecha	Nombre del profesional o de la clínica	Tipo de evaluación
Ubicación ( <i>indique la dirección si la sabe</i> )	Número telefónico	
¿Se le ha internado alguna vez en un centro u hospital para que reciba tratamiento psiquiátrico o médico?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha	Nombre y ubicación del centro u hospital	

**Otras agencias de servicios (a saber: Bienestar Infantil, Autosuficiencia, Rehabilitación Vocacional, Salud Mental)**

Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia/proveedor	Nombre de la persona-contacto
Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia/proveedor	Nombre de la persona-contacto
Fecha de inicio/finalización	Ubicación de la agencia/proveedor	Nombre de la persona-contacto

**Seguro médico**

Seguro médico del solicitante

<input type="checkbox"/> Seguro médico privado Compañía de seguros	<input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon Núm. del OHP/Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare Núm. de plan
---	---	---

No tengo un seguro médico actualmente

La elegibilidad para recibir ciertos servicios para discapacidades del desarrollo depende de la elegibilidad para Medicaid. Si usted todavía no ha presentado la solicitud, hable con CDDP sobre cómo presentar la solicitud.

¿Ha solicitado asistencia médica?  Sí  No

**Fuentes de los ingresos personales del solicitante**

Ingresos personales del solicitante (marque todas las que correspondan; no incluya los demás ingresos de su unidad familiar)

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> Fondo(s) fiduciario(s)	<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad, fuente particular
<input type="checkbox"/> Manutención infantil para el solicitante	<input type="checkbox"/> Asistencia con adopción o tutela
<input type="checkbox"/> Beneficios de veterano de guerra	<input type="checkbox"/> No tiene ingresos

<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
--------------------------------------	--------------------------------------

## Seguro Social

Las personas con discapacidades podrían ser elegibles para uno de los dos programas federales para gente discapacitada: Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). La Administración del Seguro Social (Social Security Administration o SSA) gestiona ambos programas.

¿Ha solicitado beneficios del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de solicitud
--	---	--------------------

¿Recibe actualmente beneficios del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio
---	---	-----------------

<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	Cantidad
---	----------

<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)	Cantidad
--	----------

¿Perdió alguna vez SSI debido a ingresos laborales, por recibir beneficios del Seguro Social de uno de los padres o por el aumento del subsidio por costo de vida (Cost of Living Allowance)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Si usted no ha solicitado beneficios de SSI/SSDI, puede informarse más acerca de los beneficios del Seguro Social en el [sitio Web del Seguro Social](#). Comuníquese con la oficina de [SSA local](#) para presentar la solicitud.

Los siguientes recursos podrían serle útiles:

- Comprendiendo el Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario: <https://www.socialsecurity.gov/espanol/comprendiendoSSI/index.htm>
- Cantidad de los pagos de SSI: <http://www.ssa.gov/oact/cola/SSI.html>

## Antecedentes educativos

Nombre de la escuela (centro de estudios) actual o de la última escuela a la que asistió	Fecha de inicio	Fecha de finalización
--	-----------------	-----------------------

Ciudad y estado
-----------------

Nombre de la escuela anterior	Fecha de inicio	Fecha de finalización
-------------------------------	-----------------	-----------------------

Ciudad y estado
-----------------

¿Recibió alguna vez servicios de educación especial en alguna escuela ( <i>p.ej., intervención temprana, un IEP [plan educativo individualizado] o un plan 504</i> )?	<input type="checkbox"/> Sí _____
---	-----------------------------------

¿Se graduó de la escuela secundaria (preparatoria)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Desarrollo Educativo General (GED)
--	----------------------------------	---

De ser así, ¿qué tipo de diploma recibió (o espera recibir)?

Modificado

Un certificado

No sabe

## Antecedentes legales

¿Tiene antecedentes penales como adulto o menor de edad?  Sí  No

Estado y condado del delito

Tipo de delito

Oficial de Libertad Condicional/Bajo Palabra

Número telefónico

Otra información:

## Ciudadanía y condición de no ciudadano

Los solicitantes tienen que presentar documentos satisfactorios que constaten su ciudadanía, su condición nacional como no ciudadanos o su condición de ciudadano no calificado según lo exigido por 42 CFR § 435.406, ORS 411.402 y 411.404 y OAR 411-320-0080.

Su solicitud no estará completa hasta que presente los documentos probatorios satisfactorios según lo definido en 42 CFR § 435.407. Las personas que declaren ciudadanía estadounidense y que pertenezcan a uno de los grupos siguientes están exentas de presentar constancias: las personas inscritas en Medicare; las personas que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario, las personas que reciben Seguro de Discapacidad del Seguro Social y las personas que se encuentren en crianza temporal y reciban asistencia bajo el Título IV-B o el Título IV-E de la Ley del Seguro Social.

¿Es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos de Norteamérica? De ser así, pase a la sección siguiente.  Sí  No

Si no es ciudadano, ¿en que fecha ingresó a los Estados Unidos de Norteamérica?

¿Es usted residente permanente legal (LRP, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de Norteamérica?  Sí  No

Si no es ciudadano o LRP, ¿cuál es su condición migratoria?

## Por qué necesitamos su número de Seguro Social

Las leyes federales, 42 USC 1320b-7(a)y(b), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 y 42 CFR 457.340(b), así como OAR 461-120-0210, exigen que los solicitantes proporcionen al DHS y a la OHA su SSN en la solicitud de beneficios médicos, salvo lo estipulado en OAR 461-120-0210.

El DHS y la OHA utilizarán su SSN para ayudar a decidir si usted es elegible para recibir beneficios. El DHS y la OHA podrían utilizar su SSN para comparar la información de su solicitud con los expedientes que se hayan proporcionado a los programas y agencias federales o de otros estados —o que hayan sido creados por

los mismos—, tales como el Servicio de Impuestos Internos (IRS, pos sus siglas en inglés), Medicaid, el Seguro Social y el Departamento de Trabajo.

Asimismo, el DHS y la OHA podrían utilizar su SSN, a pedido de las agencias patrocinadoras, para elaborar datos o informes agregados sobre los programas a los que usted solicita y de los que recibe beneficios. En particular, el DHS y la OHA podrían utilizar o divulgar su SSN para: administrar el programa al que usted solicita o del que recibe beneficios; llevar a cabo evaluaciones de la calidad y actividades para mejorarla; verificar la cantidad correcta de los pagos y desempeñar actividades comerciales con los proveedores; así como para recuperar beneficios que se hayan pagado en exceso.

### Notificación de la decisión respecto a la elegibilidad

Si desea que le envíen una copia del aviso de la decisión respecto a la elegibilidad de CDDP a otra persona que no sea usted, usted debe indicar el nombre y la dirección de tal persona. CDDP debe tener la autorización por escrito para poder divulgar información y enviar avisos a otra persona que no sea el solicitante mismo o su tutor legal.

Nombre	Relación con el solicitante ( <i>p.ej., tutor legal, representante</i> )		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

### Firma

Mediante mi firma a continuación, corroboro que la información contenida en la presente solicitud es veraz y correcta, ya sea que la haya proporcionado yo o mi representante. Asimismo, confirmo haber recibido y revisado el aviso de derechos que aparece en la página siguiente.

Firma	Fecha
Nombre en letra de molde	
Relación:	
<input type="checkbox"/> Usted mismo ( <i>solicitante adulto</i> )	<input type="checkbox"/> Tutor legal asignado por un tribunal a la persona adulta
<input type="checkbox"/> Padre custodio o tutor legal de un menor de edad	<input type="checkbox"/> _____

### Aviso de derechos



- Usted está solicitando servicios del sistema de discapacidades del desarrollo de Oregon. La participación es voluntaria y puede retirar esta solicitud en cualquier momento.
- El Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discrimina a nadie. El DHS atiende a cada uno de los solicitantes que califican para recibir servicios y no dará un trato distinto a ningún solicitante debido a su edad, raza, sexo, color, procedencia nacional, religión, convicciones políticas, discapacidad u orientación sexual. Si usted considera que el DHS le ha tratado injustamente, puede presentar una queja ante la Oficina de Defensoría del Gobernador (1-800-442-5238).
- CDDP y el DHS protegerán su información y sus expedientes en conformidad con las políticas de privacidad y seguridad del DHS, ORS 179.505 y ORS 179.507. CDDP necesita su autorización para pedir y entregar expedientes que estén relacionados con su discapacidad.
- El ingreso estará completo al firmar y entregar usted el presente formulario a CDDP y al firmar las autorizaciones para que CDDP pueda obtener expedientes que usted no le proporcione. CDDP colaborará con usted para preparar una solicitud de servicios en un plazo de 90 días. CDDP podría comunicarse con usted y pedirle una ampliación para la decisión pasados los 90 días si CDDP necesitase más documentos para tomar una decisión respecto a su elegibilidad. Si CDDP necesitase más información para determinar la existencia de una discapacidad del desarrollo, podría pedirle a usted que se someta a una evaluación diagnóstica en conformidad con ORS 410.060 y 427.105.
- CDDP debe recibir una solicitud terminada antes de tomar una decisión respecto a la elegibilidad. Una solicitud terminada incluye el presente formulario, así como documentos y expedientes que sean necesarios para poder tomar una decisión respecto a la elegibilidad. Cuando CDDP haya recibido todos los documentos relacionados con su discapacidad (según se describe en OAR 411-320-0080(1)), le enviará un aviso escrito con la decisión. Se define ingreso y solicitud terminada en OAR 411-320-0020.
- El aviso escrito de CDDP respecto a la decisión incluirá un aviso de derechos de audiencia. Si usted no está de acuerdo con la decisión de CDDP, puede solicitar una audiencia de caso disputado, según se describe en el Capítulo 183 de ORS y OAR 411-318-0025.
- Usted puede solicitar una audiencia de caso disputado llenando el Formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa ([SDS 0443DD](#)), o bien solicitando verbalmente la audiencia a CDDP o a uno de los empleados del DHS. El DHS debe recibir la solicitud de audiencia dentro de los 90 días del aviso de la decisión respecto a la elegibilidad.

- Usted puede nombrar a otra persona, tal como un abogado o pariente, un amigo u otro portavoz, para que le represente o para que solicite una audiencia en su nombre. Usted puede indicar a su representante al momento de solicitar la audiencia.

# AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DENTRO AGENCIAS



A *nuestros clientes*: Le podemos servir mejor si podemos trabajar con otras agencias que le conocen a usted y a su familia. Al firmar este formulario, usted está otorgando su permiso para que estas organizaciones revelen información acerca de su situación.

Apellido legal :	Primer nombre:	Inicial de segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
------------------	----------------	----------------------------	----------------------

Si la información que ha de ser revelada contiene algún tipo de archivos o información detallada a continuación, pueden aplicar leyes adicionales en relación con el uso y revelación de la información. Yo entiendo y estoy de acuerdo con que esta información va a ser revelada solamente si escribo mis **iniciales** en el espacio indicado al lado del tipo de información.

<input type="checkbox"/> Información sobre el VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Información sobre la salud mental
<input type="checkbox"/> Información sobre pruebas de genética	<input type="checkbox"/> Información sobre el diagnóstico, tratamiento o emitido por drogas o alcohol

**Yo autorizo a las personas o agencias a proveer información a y/o recibir información de:**

Inicial	Personas o agencias	Nº. de teléfono
	Lane County Developmental Disabilities Services	
	Medico o clínica principal:	
	La Escuela:	
	Profesional o de la clínica:	
	Profesional o de la clínica:	

Incluyendo archivos de:

Historial de familia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Empleo/desempleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reportes educacionales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tratamiento por drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tratamiento médico/psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Los archivos de alcohol o drogas, la salud mental y los archivos médicos incluyen todos los aspectos de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los archivos educacionales incluyen reportes sobre el comportamiento, reportes de progreso, pruebas psicológicas y pruebas del coeficiente intelectual (IQ, en inglés).

Otro, según se listan aquí: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Propósito: La información recibida será usada para evaluar su situación y para planificar y coordinar los servicios para usted y su familia, o con otros propósitos según se especifiquen aquí: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un año o hasta: \_\_\_\_\_

Yo puedo cancelar esta autorización de revelación en cualquier momento, pero entiendo que la cancelación no ha de afectar a cualquier información que ya haya sido revelada antes de la cancelación. Entiendo que la información acerca de mi caso es confidencial y protegida por la ley federal y estatal. Yo estoy de acuerdo con la revelación de esta información. Yo entiendo lo que este acuerdo significa. Yo estoy firmando por mí mismo y no he sido presionado para que lo haga.

\_\_\_\_\_  
 Firma complete, legal o marca del cliente      Fecha       Cliente     Padre     Guardián     Tutor legal



**Oregon Health & Science University  
Hospitals and Clinics  
Health Information Services /  
Medical Correspondence**  
3181 SW Sam Jackson Park Rd,  
Mail Code: OP17A  
Portland, OR 97239-3098  
(503) 494-8521, Fax (503) 494-6970

ACCOUNT NO.  
MED REC. NO  
NAME  
BIRTHDATE

Patient Identification

Page 1 of 1

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION**  
ALL SECTIONS OF THIS FORM MUST BE COMPLETED OR THE AUTHORIZATION WILL NOT BE ACCEPTED.

I authorize: CDRC/OHSU  
(Name of person / entity / facility disclosing information)  
3181 SW Sam Jackson Park Rd Portland OR 97239  
(Address of person / entity) (City) (State) (Zip Code)

to use and disclose a  Paper copy and/or  Electronic copy of the specific health information described below regarding:

(Name of individual)  
consisting of: (see back side for definitions)  Physician reports  X-rays  Labs  ED  
 Billing  Other, specify \_\_\_\_\_

If outpatient practice/clinic records are needed, please specify the practice(s)/clinic(s) (see back side for practice/clinic list) CDRC-Eugene

to: Lane County DD Services  
125 E 8th Avenue Eugene OR 97401  
(Address of recipient) (City) (State) (Zip Code)

for the purpose of: (Describe each purpose of disclosure)  Continued Care  Legal  Disability  
 School Entry  Other, specify \_\_\_\_\_

If the information to be disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. I understand and agree that this information will be disclosed only if I place my initials in the applicable space next to the type of information.

n/a  HIV/AIDS information   Genetic testing information  
  Mental health information   Drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information

You do not need to sign this authorization. Refusal to sign the authorization will not adversely affect your ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign will mean you will not receive health services is if the health services are solely for the purpose of providing health information to someone else, and the authorization is necessary to make that disclosure. Your refusal to sign this authorization does not adversely affect your enrollment in a health plan or eligibility for health benefits, unless the authorized information is necessary to determine if you are eligible to enroll in the health plan.

You may revoke this authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, the information described above may no longer be used or disclosed for the purposes described in this written authorization. Any uses or disclosures already made with your permission cannot be undone.

To revoke this authorization, please send a written statement to Medical Correspondence, Health Information Services, OP17A, OHSU 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098, and state that you are revoking this authorization

I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS information, mental health information, genetic information and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.

**I have read this authorization and I understand it.**

This authorization expires one year from the date of signing unless revoked or otherwise specified below:  
(enter alternative expiration date or event) \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Signature of individual or personal representative)

Description of personal representative's authority: \_\_\_\_\_



**LANE COUNTY HEALTH & HUMAN SERVICES**  
**DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**



Fecha efectiva: 30 de junio de 2015

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN**

El departamento de Servicios Sociales y de Salud de Lane County (HHS, por sigla en inglés) ofrece varios tipos de servicios de salud pública y mental y tratamientos de adicciones a drogas y alcohol. Para poder ofrecer estos servicios, el personal de HHS solicitará su información personal. HHS sabe que la información que reúne sobre usted es privada. HHS está obligado por las leyes federales y estatales a proteger esta información. Nos referimos a esta información como “información de salud protegida (PHI, por sigla en inglés).”

El Aviso de Prácticas de Privacidad le dirá cómo podría HHS usar o divulgar su información personal. No se describirán todas las situaciones posibles. HHS está obligado a darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad sobre la información que reunimos y guardamos sobre usted. HHS está obligado a respetar los términos del aviso que esté vigente ahora.

**HHS podría usar y divulgar su información sin solicitar su autorización**

- **Para tratamiento.** HHS podría usar o divulgar su información al tratar con proveedores de atención médica que lo estén atendiendo. Por ejemplo, podría compartir su información con el fin de crear y poner en práctica un plan para su tratamiento. Existen excepciones en cuanto a algunos servicios de A&D, salud mental y VIH.
- **Para una atención coordinada.** HHS es parte de una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sigla e inglés) a nivel estatal y certificada. Si usted es Miembro del Plan de Salud de Oregón, HHS podría usar o divulgar su información de salud a otros proveedores del CCO que estén involucrados en su cuidado con el fin de proporcionarle una atención integral.
- **Para pago.** HHS podría usar o divulgar información para obtener un pago o para pagar los servicios médicos que usted reciba. Por ejemplo, HHS podría compartir PHI para cobrarle a su plan de salud por la atención médica que usted ha recibido.
- **Para operaciones de atención médica.** HHS podría usar o divulgar información para manejar sus programas y actividades. Por ejemplo, HHS podría usar PHI para revisar la calidad de los servicios que usted recibe.
- **Para socios de negocios.** Si la información es necesaria para que dichos socios lleven a cabo funciones de parte de HHS o para revisiones médicas, servicios legales, auditorías o actividades gerenciales relacionadas con el cumplimiento con HIPAA. Ellos están obligados a proteger la privacidad de su información.
- **Para actividades de supervisión de salud.** HHS podría usar o divulgar información durante inspecciones o investigaciones de nuestros servicios.
- **Como exija la ley y para el cumplimiento de la misma.** HHS usará y divulgará la información cuando se requiera o lo permitan las leyes federales o estatales, o por una orden judicial.
- **Para reportes o investigaciones de abusos.** HHS está obligado por ley a recibir e investigar todo reporte de abuso.
- **Para evitar daños.** HHS podría divulgar PHI a las autoridades para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de una persona o de la sociedad en general.

**Uso y divulgación en situaciones especiales**

*Es posible que usemos o divulguemos su PHI en las situaciones descritas a continuación a menos que usted nos notifique por escrito que no quiere que lo hagamos. Vea la información en la sección titulada “Sus derechos de privacidad de PHI” para conocer detalles acerca de cómo solicitar limitaciones.*

- **Citas y otra información médica.** HHS podría enviarle recordatorios sobre atención o exámenes médicos.
- **Para actividades de salud pública.** HHS es la agencia de salud pública que archiva y actualiza los registros vitales como los nacimientos y los decesos, y que además hace un seguimiento de algunas enfermedades.
- **Para programas gubernamentales.** HHS podría usar y divulgar la información para beneficios públicos bajo otros programas gubernamentales. Por ejemplo, HHS podría divulgar la información para la determinación de beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI, por sigla e inglés).
- **Para investigación.** HHS usa la información para realizar estudios e informes, que no identifican a personas específicas.
- **Individuos involucrados en su cuidado.** HHS podría divulgar su información a personas que usted haya identificado que estén involucradas en el cuidado de su salud, tales como un familiar, pariente o amigo, u otros. Esta información debe estar directamente relacionada con la participación de dichas personas en su cuidado. Si usted no pudiera asentir a esta divulgación, por ejemplo en una emergencia médica, es posible que divulguemos lo que sea necesario si determinamos que es para su beneficio, según nuestro criterio profesional.

**En caso de otros usos y divulgaciones se requiere su autorización por escrito**

*Para otras situaciones, HHS solicitará su autorización por escrito antes de usar y divulgar su información; en este rubro se incluyen los asuntos de marketing o cualquier otra situación que constituya una venta de PHI. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito. HHS no puede anular ningún uso o divulgación ya realizados con su autorización.*

- **Otras leyes protegen la PHI.** Muchos programas de HHS tienen otras leyes para el uso y la divulgación de su información personal. Por ejemplo, excepto como se mencionó arriba para la atención coordinada, usted debe dar su autorización por escrito para que HHS use y divulgue su información mental y de VIH o su historial de tratamiento por uso de alcohol o drogas.

**Sus derechos de privacidad de PHI**

*Cuando la información es manejada por HHS como agencia de salud pública, los archivos de salud pública se rigen por otras leyes estatales y federales y no están sujetos a los derechos descritos a continuación. (continúa al dorso)*

- **Derecho de ver y obtener copias de su historial.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho de ver u obtener copias de su historial. Tiene que hacer la solicitud por escrito. Es posible que se le cobre el costo de copiar su historial.
- **Derecho de solicitar una corrección o actualización de su historial.** Usted puede solicitarle a HHS que cambie algún dato o agregue información faltante a su historial si piensa que hay algún error. Debe hacer la solicitud por escrito y proporcionar la razón de su solicitud.
- **Derecho de obtener una lista de divulgaciones.** Usted tiene derecho de pedirle a HHS una lista de las divulgaciones realizadas después del 14 de abril de 2003. Debe hacer su solicitud por escrito. Esta lista no incluirá las veces que la información haya sido divulgada por tratamientos, pagos u operaciones médicas. La lista no incluirá la información proporcionada directamente a usted o a su familia, ni la información que haya sido enviada con su autorización.
- **Derecho de solicitar límites para usos o divulgaciones de PHI.** Tiene el derecho de solicitar que HHS limite cómo se usa o divulga su información. Tiene que hacer la solicitud por escrito y notificar a HHS qué información quiere limitar y para quién quiere que se apliquen los límites. HHS no está obligado a aceptar la restricción, en la mayoría de los casos. Si se solicita y la ley lo permite, HHS accederá a no enviar su información médica a su plan de salud por motivos de pago por atención médica si la información se relaciona con un asunto o servicio de atención médica para el que usted le ha pagado a HHS de su bolsillo. Usted puede solicitar de manera verbal o por escrito el término de las restricciones.
- **Derecho de ser notificado de una infracción.** Tiene derecho de ser notificado en caso de que nosotros (o un socio de negocios) descubra una filtración de su información médica no segura. Todo aviso de una infiltración se hará de acuerdo con los requisitos federales.
- **Derecho de escoger cómo nos comunicamos con usted.** Tiene derecho de solicitar a HHS que comparta la información con usted de una cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, le puede pedir a HHS que le envíe su información a su oficina en lugar de enviarla a su casa. Es necesario que haga su solicitud por escrito. No tiene que explicar el motivo de la solicitud.
- **Derecho de presentar una queja.** Tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con la manera en que HHS ha usado o divulgado su información.
- **Derecho de obtener una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho de solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

#### **Cómo contactar a HHS para revisar, corregir o limitar su información de salud protegida (PHI)**

Puede contactar a su oficina local de HHS o al funcionario de Privacidad de HHS en la dirección señalada al final de este aviso para:

- Solicitar una copia de su historial o la posibilidad de verlo
- Solicitar que se corrija o cambie su historial
- Solicitar que se limite cómo se usa o divulga su información
- Solicitar que se cancele una autorización
- Solicitar una lista de las veces que HHS ha divulgado información sobre usted

HHS podría rechazar su solicitud de ver, copiar o cambiar su historial. Si HHS rechaza su solicitud, HHS le enviará una carta que explique el motivo del rechazo y cómo puede usted solicitar una revisión del asunto. También recibirá información sobre cómo presentar una queja ante la HHS o el Departamento de Salud y de Servicios Sociales de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles.

#### **Cómo presentar una queja o reportar un problema**

Si quiere presentar una queja o reportar un problema en relación con la forma en que HHS ha usado o divulgado su información, puede contactar a cualquiera de las personas listadas abajo. HHS no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a participar en algo que usted considera ilegal.

#### **Servicios de Salud y Sociales de Lane County, Dudas sobre la política de HIPAA de H&HS**

151 W. 7th Ave. #520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-8710 Fax: 541-682-3804

Correo electrónico: [HHSHIPAACConcerns@co.lane.or.us](mailto:HHSHIPAACConcerns@co.lane.or.us)

#### **Departamento de Salud y de Servicios Sociales de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles**

Privacidad Médica, División de Quejas

Departamento de Salud y de Servicios Sociales de los Estados Unidos

200 Independence Avenue, SW, HHH Building, Room 509H

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 866-627-7748 TTY: 886-788-4989

Correo electrónico: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

**Para más información o preguntas, contacte encargada del programa mencionada abajo:**

#### **Servicios de Salud y Sociales de Lane County, Dudas sobre la política de HIPAA de H&HS**

151 W. 7th Ave. #520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-8710 Fax: 541-682-3804

Correo electrónico: [HHSHIPAACConcerns@co.lane.or.us](mailto:HHSHIPAACConcerns@co.lane.or.us)

En el futuro, HHS podría cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad. Todo cambio se aplicará a la información que HHS ya tenga, así como a toda información que reciba en el futuro. Se publicarán copias del nuevo aviso en todos los sitios y oficinas de la HHS, y como dicta la ley. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento en una oficina de HHS, o también puede obtenerla en línea en [www.lanecounty.org/hhs](http://www.lanecounty.org/hhs)