|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Autorización para el uso y la  divulgación de la información | | | | | | | | |  | | | | |
| ***Este formulario se encuentra disponible en formatos alternativos, incluyendo en Braille, impreso en letra grande, en disco de computadora y en presentación oral.*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido legal del cliente/solicitante: | | | | | Primer nombre: | | | | Inicial del 2.º nombre: | | | | Fecha de nacimiento: | | | | |
| Otros nombres utilizados por el cliente/solicitante: | | | | | | | | | | | | | Número de identificación del caso: | | | | |
| Al firmar este formulario, autorizo al siguiente encargado de los expedientes a revelar la siguiente información confidencial específica sobre mí: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sección A** | Divulgar desde un portador de registros*: (persona, escuela, empleador, agencia, proveedor médico o de otro tipo)* | | | | | **Información específica que será divulgada:** | | | | | | | | | **Intercambio mutuo:**  **Sí/No** | | |
|  | Coordinador del caso del Programa Ryan White | | | | | Documentos necesarios para verificar la elegibilidad para el LIHEAP | | | | | | | | | Sí | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | Si la información contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no se divulgará a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a dicha información: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **VIH/SIDA:** |  | | **Salud mental:** | | |  | | | | **Análisis: genéticos:** | | |  | |  | |
|  | **Diagnóstico, tratamiento, remisiones por el consumo de drogas/alcohol:** | | | | | | |  | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sección B** | Divulgar a: *(dirección requerida si se envía por correo postal)*Si está siendo divulgado a un equipo, enumere a los miembros. | Propósito: | **Fecha o evento de vencimiento\*:** |
| Autoridad de Salud de Oregon (OHA): Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregon (OHOP)) | Verificar la elegibilidad para el programa y procesar la solicitud de asistencia. |  |
| Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregon | Ingreso de datos en la base de datos de la aplicación OPUS de OHCS |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **\*Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se indique lo contrario.**  Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación no afectará ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que la ley estatal y federal protege la información sobre mi caso. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones mencionadas. Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.  Entiendo que la información utilizada y divulgada como se indica en esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente y ya no estar protegida bajo la ley federal o estatal. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe divulgar nuevamente información sobre VIH/SIDA, salud mental y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento, expedientes de rehabilitación vocacional o información de remisión, sin autorización específica. | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección C** | Firma legal completa de la persona o del representante personal autorizado: | | Relación con el cliente: | | Fecha: |
| Nombre del miembro del personal*(en letra de imprenta)*: | Nombre/ubicación de la agencia promotora: | | | Fecha: |
| Firma legal completa del miembro del personal de la agencia que está haciendo las copias: | | | Esta es una copia fiel del documento de  autorización original. | |
| Nombre del miembro del personal, en letra de imprenta: | | |

**Información requerida para el cliente**

**Para proveer o pagar los servicios médicos:** Si el Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) actúa como **proveedor** de sus servicios de atención médica o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregon o del Programa de Medicaid, usted puede optar por no firmar este formulario. Esa decisión **no** perjudicará su capacidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de cuidado de salud sean únicamente para el propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer dicha divulgación. *(Ejemplos de esto serían evaluaciones, pruebas o exámenes.)* Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para los reembolsos por parte de aseguradoras privadas u otras agencias no gubernamentales.

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

* Para determinar si es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que paguen por su atención médica
* Para determinar si reúne los requisitos para otro programa o servicio del ODHS o de la OHA, que no actúa como proveedor de atención médica

**Este es un formulario voluntario**. El ODHS o la OHA no puede condicionar la provisión de tratamiento, el pago ni la inscripción en programas de atención médica financiados con fondos públicos a la firma de esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, se le debe dar información exacta sobre cómo su negativa a autorizar la divulgación de información puede perjudicar la determinación de la elegibilidad o la coordinación de los servicios. Si usted decide no firmar, será remitido a un servicio único que podría ayudarle a usted y a su familia, sin tener que intercambiar información.

**Cómo utilizar este formulario**

1. **Términos utilizados: Intercambio mutuo:** Un “sí” permite que se intercambie información entre el portador de los registros y las personas o los programas mencionados en la autorización. **Equipo:** Varias personas o agencias que normalmente trabajan juntas. Los miembros del equipo deben ser identificados en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un miembro del personal del ODHS o de la OHA debe llenar este formulario con usted. **Asegúrese de entender el formulario antes de firmarlo.** Haga todas las preguntas que tenga sobre el formulario y lo que éste permite. Puede sustituir una firma por una marca o pedirle a una persona **autorizada** que firme por usted.
3. **Tutela/custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como un tutor, se debe adjuntar a este formulario una copia de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Asimismo, si una agencia tiene la custodia y su representante firma, su autoridad de custodia debe adjuntarse a este formulario.
4. **Cancelación:** Si posteriormente desea cancelar esta autorización, comuníquese con un miembro del personal del ODHS o de la OHA a cargo de su caso. Usted puede quitar del formulario a un miembro del equipo. Se le pedirá que redacte la solicitud de cancelación por escrito.  
   Excepción: Las reglamentaciones federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los Programas de Drogas y Alcohol. Después de que se cancela la autorización, no se puede divulgar ni solicitar más información. El ODHS o la OHA puede seguir utilizando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores de edad:** Si es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información sobre salud mental o abuso de sustancias si tiene 14 años o más; la divulgación de cualquier información sobre enfermedades de transmisión sexual o control de la natalidad, independientemente de su edad; la divulgación de información médica general si tiene 15 años o más.
6. **Cuidados especiales:** Para información sobre **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento para el abuso de alcohol/drogas**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar y el propósito de tal divulgación.

**Redivulgación:** Las reglamentaciones federales (Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés], parte 2) prohíben redivulgar la información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe redivulgar la información sobre VIH/SIDA (Estatuto Revisado de Oregon [ORS, por sus siglas en inglés] 433.045, Norma Administrativa de Oregon [OAR, por sus siglas en inglés] 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe redivulgar la información sobre salud mental, tratamiento para el abuso de sustancias, rehabilitación vocacional y tratamiento para discapacidades del desarrollo proveniente de programas financiados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización específica por escrito.

**Nota:** Los servicios y los programas de salud de Oregon han sido transferidos del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS) a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). El ODHS continuará determinando la elegibilidad para muchos de los programas de salud, así como para otros programas administrados por el ODHS.