

**Autorización para compartir información
Servicios para necesidades sociales relacionadas con la salud
cubiertos por el Plan de Salud de Oregon**

Primer nombre:	Apellido(s):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Correo electrónico:	Identificación de Medicaid del Plan de Salud de Oregon (OHP):	

El Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) cubre servicios para atender necesidades sociales relacionadas con la salud (Health-Related Social Needs, HRSN) sin ningún costo para usted. Estos servicios incluyen artículos o apoyos como los siguientes:

- Un aire acondicionado
- Un minirefrigerador para medicamentos
- Comidas especiales para su condición de salud
- Apoyo relacionado con la vivienda

Los proveedores de servicios de HRSN son entidades o personas que prestan este tipo de servicios. Si completa este formulario y firma en la parte de abajo, autorizará (permitirá) lo siguiente:

- que se comparta información de salud u otra información confidencial sobre usted solo para los fines que se establecen en la Parte 1 de abajo;
- que determinadas entidades y personas compartan información sobre usted. Estas deberán compartir la cantidad mínima que sea necesaria para coordinar los servicios de HRSN.

La firma de este formulario **no**:

- autoriza a ninguna persona a compartir información sobre usted con la policía o agencias de inmigración;
- significa que usted acepte pagar los beneficios de HRSN.

Parte 1. Fines de la información compartida.

Al firmar, usted autoriza (permite) que la información de salud u otra información confidencial sobre usted se comparta para los siguientes fines:

- (a) para determinar si usted es elegible para recibir servicios de HRSN;
- (b) para referirle a servicios de HRSN o ayudarlo a obtener o acceder a estos servicios;
- (c) para identificar, coordinar, cambiar y pagar los servicios de HRSN por usted, o para apoyarle con ellos.

Parte 2. Tipos de información compartida.

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

- (a) Información demográfica. Esto incluye lo siguiente:
 - nombre;
 - edad;
 - fecha de nacimiento;
 - dirección;
 - información de contacto, y
 - necesidades de accesibilidad, si las hubiere, como ayuda en otro idioma o formato, para acceder a los servicios. Esto servirá para conectarle con un proveedor de servicios de HRSN que entienda su idioma o cultura.
- (b) Determinada información médica protegida (protected health information, PHI). Esto puede incluir lo siguiente:
 - su elegibilidad para Medicaid (OHP);
 - sus antecedentes médicos:
 - resultados de las pruebas de laboratorio;
 - uso de medicamentos;
 - condiciones de salud, y
 - tratamientos.
- (c) Información específica de HRSN. Esto incluye lo siguiente:
 - motivos que le hacen elegible para recibir servicios de HRSN, como condiciones de salud o circunstancias de la vida;
 - servicios de HRSN que puede recibir, y
 - proveedores de servicios de HRSN que trabajaron con usted.

- (d) Información sobre salud mental. Esto puede incluir lo siguiente:
- sus diagnósticos y tratamientos de salud mental. Esta información solo se compartirá cuando sea necesario. **No incluye las notas de psicoterapia.** Para compartir dichas notas, usted debe prestar su consentimiento.
- (e) Información sobre trastornos por consumo de sustancias. Esto puede incluir lo siguiente:
- su consumo de alcohol o drogas en el presente o pasado;
 - diagnósticos;
 - medicamentos, y
 - programas de tratamiento ambulatorios y residenciales;
 - información sobre traumas que ha tenido y que han influido o influyen en su consumo de alcohol o drogas.
- La información sobre usted relacionada con trastornos por consumo de alcohol o sustancias, de proveedores que deben cumplir las regulaciones federales de confidencialidad de la información sobre consumo de sustancias (Título 42, Parte 2, del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, C.F.R.]), se podrá compartir SOLO SI marca la casilla correspondiente al final de este formulario.**
- (f) Información acerca de su vivienda. Esto incluye lo siguiente:
- situación actual de su vivienda;
 - antecedentes de su vivienda, y
 - qué apoyos para la vivienda ha recibido.

Parte 3. Socios de atención que comparten o reciben información sobre usted.

Al firmar, usted autoriza (permite) a los siguientes socios de atención compartir y recibir información sobre usted:

- Personas y entidades que intervienen:
 - en su atención de salud;
 - en los servicios de HRSN que recibe, y
 - en la coordinación de la atención.

Solo podrán compartir información sobre usted para los fines que se establecen en la Parte 1 de este formulario. Los socios de atención y sus contratistas aceptan cumplir con todas las leyes sobre la protección y el intercambio de información. Los socios de atención pueden incluir:

- (a) Proveedores de atención médica. Estos pueden incluir:
 - hospitales;
 - clínicas;
 - médicos;
 - farmacias;
 - dentistas, y
 - proveedores de salud de la conducta.
- (b) La Oregon Health Authority (OHA).
- (c) El administrador de la OHA, Acentra Health, para los pagos y beneficios de "Tarjeta Abierta" (Open Card) del OHP (pago por servicio).
- (d) Proveedores de servicios de HRSN que entreguen o den artículos o servicios relacionados, como aires acondicionados, bajo el beneficio de HRSN. El Anexo A contiene una lista de proveedores.

Parte 4. Duración de la autorización. Una vez que firme este formulario, este tendrá vigencia hasta que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Hayan transcurrido 12 meses de la fecha en que lo firmó.
- (b) Usted cancele este formulario. Podrá hacerlo a través de cualquiera de los siguientes medios:
 - Por teléfono al 1-888-834-4304.
 - Por correo electrónico a ORHRSN@kepro.com.
 - Por fax al 1-833-551-2607.
- (c) Haga algún cambio en el formulario. El nuevo formulario entrará en vigencia en la fecha en que envíe los cambios. Podrá hacerlo a través de cualquiera de los siguientes medios:
 - Por teléfono al 1-888-834-4304.
 - Por correo electrónico a ORHRSN@kepro.com.
 - Por fax al 1-833-551-2607.

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

- (a) Puede cancelar o cambiar este formulario en cualquier momento a través de cualquiera de los siguientes medios:
 - Por teléfono al 1-888-834-4304.
 - Por correo electrónico a ORHRSN@kepro.com.
 - Por fax al 1-833-551-2607.
- (b) Si cancela este formulario, los socios de atención no podrán eliminar ninguna información que ya se haya compartido, vuelto a compartir o recibido, ni impedir que esto suceda.
- (c) Tiene derecho a recibir una copia de este formulario.
- (d) Sus socios de atención podrán compartir y volver a compartir información sobre usted con otras personas o entidades, pero solo podrán hacerlo en la medida que lo permita la ley o se establezca en este formulario.
- (e) Puede obtener una lista de los socios de atención que hayan recibido información sobre usted. Para solicitar dicha lista, puede comunicarse por cualquiera de los siguientes medios:
 - Por teléfono al 1-888-834-4304.
 - Por correo electrónico a ORHRSN@kepro.com.
 - Por fax al 1-833-551-2607.

No es obligatorio firmar este formulario. Si no firma este formulario, el equipo de Tarjeta Abierta (Open Card) le dará una copia de la aprobación de la autorización para obtener servicios de HRSN. Usted deberá comunicarse directamente con el proveedor de servicios de HRSN para solicitar los servicios aprobados.

Incluso si decide no firmar este formulario:

- recibirá igualmente todos los beneficios, el tratamiento o la atención;
- se le comunicará si los servicios de HRSN se han aprobado o denegado para su caso;
- **no** tendrá que pagar los servicios de HRSN.

Al firmar este formulario, autorizo (permiso) a los socios de atención usar y compartir mi información de salud y otra información confidencial para los fines que se establecen en la Parte 1 de este formulario.

Si indico voluntariamente mi número de teléfono en este formulario, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas de los socios de atención (podrían aplicarse tarifas estándar por mensajes y datos). Los socios de atención podrán llamarme o enviar mensajes de texto a este número para informarme lo siguiente:

- **mis opciones de consentimiento;**
- **cómo se podría compartir mi información.**

Al marcar esta casilla, también autorizo (permiso) que se comparta información sobre mí relacionada con trastornos por consumo de sustancias, de proveedores que estén sujetos a las regulaciones federales de confidencialidad de la información sobre consumo de sustancias (Título 42, Parte 2, del C.F.R.).

Si firma en su nombre, complete la primera línea. Si firma por otra persona, complete la segunda y tercera línea.

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 este documento en otros idiomas, letra grande, braille o el formato que prefiera gratis. Comuníquese con Chelsea Egbert a chelsea.egbert@oha.oregon.gov o al 503-945-5772 (mensajes de voz y de texto). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.