



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LA SALUD

NUESTRA MISIÓN: Fomentar y proteger la salud y la seguridad de nuestra comunidad.

Cuando usted nos contacta acerca de nuestros servicios, comenzamos una relación recíproca con usted como el consumidor y nosotros como el profesional que da el tratamiento. Queremos que esta relación sea productiva. Queremos la mejor atención médica para usted y su familia. Trabajaremos juntos para obtener el mejor resultado posible para usted y su situación personal.

También sabemos que usted esperará cosas de nosotros. Esperamos ciertas cosas de usted también. Sus “Derechos” son las cosas que usted puede esperar de nosotros. Sus “Responsabilidades” son las cosas que necesitamos de usted. Si todos tratan de cumplir con su parte y tratan de hacer lo mejor para trabajar juntos, fomentaremos y protegeremos su salud y la seguridad de su familia y nuestra comunidad.

SUS DERECHOS

RESPETO

1. El personal de DCBH lo tratará con dignidad y respeto;

ACCESO A LOS SERVICIOS

1. Para dar consentimiento informado por escrito antes de comenzar a recibir los servicios (excepto en caso de una emergencia médica o permitido por la ley);
2. Para buscar servicios ambulatorios por su propia cuenta si tiene más de 14 años, está emancipada/o o tiene menos de 18 y está casado/a legalmente;
3. Para buscar servicios para un menor de edad si usted es el/la tutor legal;
4. Ser tratado de la misma manera que cualquier otro individuo que busca servicios de salud conductual
5. Usted no necesita una derivación de un doctor para obtener nuestros servicios;
6. Usted recibirá el cuidado adecuado para su afección;
7. Usted recibirá el cuidado aprobado para su afección;
8. Usted recibirá servicios de salud conductual de una manera oportuna, igual al acceso disponible que tiene cualquier persona que busca el mismo tipo de servicio;
9. Se le notificará de manera oportuna si tenemos que cancelar su cita;
10. Si está siendo abusado/a, usted puede obtener ayuda o “Servicios Protegidos”;
11. Usted puede recibir atención de crisis las 24 horas al día, 7 días a la semana;
12. Usted tiene acceso a Servicios ofrecidos por pares

INFORMACIÓN

1. Se le entregará información sobre sus derechos y responsabilidades;
2. Se le entregará información sobre los servicios;
3. Se le entregará información sobre los servicios de salud conductual que cubre o no cubre su plan de salud;
4. Usted puede elegir las opciones de servicios cubiertos por su plan de salud que funcione para usted;
5. Se le puede explicar los servicios incluyendo los resultados esperados y los posibles riesgos;
6. Se le puede entregar información escrita gratuita de una forma entendible;
7. Le podemos explicar la información escrita;
8. Usted puede tener un intérprete gratis si tiene problemas de audición o si su idioma principal no es el inglés.
9. Usted puede tener información sobre “La Declaración para el Tratamiento de Salud Mental” e “Instrucción Anticipada” para decisiones del cuidado de salud y lo que estos procesos involucran;

10. Usted recibirá una notificación por escrito e información de una solicitud de audiencia cuando se le niegan o cambian los servicios;
11. Se le informará antes de recibir un servicio si su seguro de salud no lo cubre;
12. Se le entregará información sobre los honorarios antes de recibir el servicio;
13. Usted recibirá una notificación previa de una transferencia, a menos que en circunstancias necesarias dicha transferencia supone una amenaza a la salud o la seguridad;

DIRIGIR SU CUIDADO MÉDICO

1. Haremos lo mejor posible para entender su afección;
2. Le entregaremos detalles sobre su afección;
3. Haremos lo posible para establecer servicios que mejor satisfagan sus necesidades;
4. Usted puede aceptar o rechazar los servicios que se le ofrecen (excepto aquellos requeridos por una orden judicial);
5. Le informaremos cómo su decisión de aceptar o no un servicio podría afectar su salud;
6. No usaremos la práctica de "restricción" o "aislamiento" para castigarlo;
7. No se practicará la "restricción" o "el aislamiento" para que usted haga algo que no quiere hacer;
8. Usted puede buscar una segunda opinión sobre su diagnóstico y tratamiento;
9. Recibir medicamento específica para las necesidades clínicas diagnosticadas del la persona, incluyendo los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de los opioides.
10. Usted puede ser derivado a otro profesional si necesita un cuidado especializado cubierto que nosotros no proveemos;
11. Usted participará activamente en la elaboración de su plan de tratamiento;
12. Usted estará involucrado en la elaboración del plan de tratamiento de su hijo, si es padre o tutor;
13. Usted puede traer a un amigo, un miembro de la familia, o un defensor a las citas;
14. Usted estará involucrado en las decisiones sobre su cuidado;
15. Si tiene una buena razón, usted puede cambiar a su proveedor médico o agencia de tratamiento;
16. Usted puede elegir si desea o no participar en algún tratamiento nuevo que se ofrezca;

CONFIDENCIAL

1. Su información personal se mantendrá privada;
2. Lo que usted le diga a su proveedor será confidencial a menos que lo exija la ley;
3. Usted tendrá un registro guardado con información sobre su afección, los servicios que recibió y derivaciones hechas para usted;
4. Su expediente se mantendrá privado y confidencial de acuerdo con la ley;
5. Usted puede obtener una copia de su expediente a menos que esté restringido por la ley;
6. Usted puede pedir que se cambie o corrija la información de su expediente;
7. Usted puede pedirnos que entreguemos información de su expediente a otro proveedor médico;
8. Ninguna información recopilada para una investigación se identificará con su información personal;
9. Usted puede revocar una divulgación en cualquier momento;

EJERCER SUS DERECHOS

1. Usted tiene libertad religiosa, libertad de reclusión y restricción;
2. Se le entregará información sobre el proceso de reclamos;
3. Usted no será castigado de ninguna manera por presentar una queja;
4. No se le castigará por ejercer sus derechos;
5. Usted no será discriminado o privado de servicios por la raza, edad, género, origen étnico o nacionalidad, idioma hablado, discapacidad, orientación sexual, creencias políticas o religiosas o estado civil;
6. Usted puede presentar una queja en contra de DCBH, y recibirá una respuesta oportuna;
7. Usted puede registrar una "Queja" o "Apelación";

8. Usted puede solicitar una Audiencia Administrativa regular o rápida con el Departamento de Servicios Humanos;
9. Usted puede pedir que los servicios continúen hasta que se haya tomado una decisión sobre la Apelación;
10. Se le informará que puede ser responsable de pagar los servicios que se continuaron ofreciendo si la decisión de la apelación no está en su favor.

SUS RESPONSABILIDADES

RESPETO

1. Trate con respeto a su proveedor de cuidados y al personal de la agencia que le entrega el tratamiento;

PARTICIPACIÓN

1. Participe activamente en la creación de su plan de atención;
2. Haga preguntas sobre cualquier cosa que no entienda;
3. Utilice la información que ha recibido para decidir sobre su atención antes de que se administre la atención médica;
4. Siga los planes de cuidado que usted ha acordado;
5. Se le puede cerrar su expediente si falta a tres (3) citas programadas (no se presenta o cancela a última hora) dentro de un período de tres meses, o si habitualmente hay citas perdidas sin cancelar;

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

1. Acuda a las citas con su proveedor de cuidados médicos;
2. Sea puntual con sus citas. Si usted llega con más de 15 minutos de retraso, se le podría cancelar la cita;
3. Llame con anticipación cuando vaya a llegar tarde o no pueda ir a la cita;
4. Dé a su proveedor la información correcta sobre su situación de salud del comportamiento;
5. Entregue la información precisa para su expediente;
6. Ayude a su proveedor a obtener expedientes previos de salud del comportamiento;
7. Mantenga actualizada su dirección, número de teléfono e información sobre los seguros.

CUMPLIENDO CON LAS NORMAS

1. Use los servicios de su proveedor médico asignado excepto en caso de emergencia;
2. Use los servicios de urgencias y emergencias adecuadamente;

PAGO

1. Muestre su tarjeta del seguro a su agencia de tratamiento antes de recibir sus servicios.
2. Pague todos los honorarios cuando corresponda;
3. Firme los documentos para confirmar que se le ha informado cuánto costará cualquier servicio que no cubra su seguro, si es que decide usarlo;
4. Entregue los documentos de verificación de ingresos si es que se los solicitan;
5. Firme los formularios para verificar que ha sido informado de quién es responsable de pagar los servicios, si es que decide recibir servicios que no cubre su seguro.

Puede obtener este documento en un tamaño de impresión más grande o en un formato diferente. También puede obtener este documento en algunos idiomas distintos del inglés. Póngase en contacto con la oficina que se indica a continuación para solicitarla.

Deschutes County Behavioral Health Phone: 541-322-7500

2577 NE Courtney Drive

Bend, OR 97701

TTY: 541-322-7610

Fax: 541-322-7565

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA EL CONDADO DE DESCHUTES (DCHS, por sus siglas en inglés)

¿Qué está protegido? La Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés), que consiste en cualquier información médica que contenga su nombre o que contenga otra información públicamente disponible a partir de la cual se pueda determinar su identidad.

Su Información Protegida de Salud, PHI, por sus siglas en inglés:

- Se guarda en tablas escritas o se almacena electrónicamente (es decir, en un sistema informático).
- Incluye registros de evaluaciones, tratamientos, exámenes, visitas, sesiones de consejería y cualquier otro tipo de servicio de atención médica que usted haya recibido.

Protegiendo su privacidad:

- Por ley, debemos mantener su PHI confidencial, excepto en ciertas situaciones.
- Debemos entregarle una copia de este Aviso.
- Todos los Empleados y los Voluntarios del DCHS deben cumplir con las reglas de privacidad aplicables.
- Le notificaremos si hay una violación de privacidad que involucre su PHI.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, se divulgará de acuerdo con las normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Usted tiene el derecho de cambiar de opinión y retirar su consentimiento, sin embargo, la información puede haber sido ya proporcionada ya que fue permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

EN MUCHOS CASOS, NECESITAMOS SU AUTORIZACIÓN ESCRITA ANTES QUE PODAMOS COMPARTIR SU PHI CON CUALQUIER PERSONA. Sin embargo, podemos compartir PHI sin su autorización por escrito en ciertas circunstancias, como, por ejemplo:

- Proporcionarle a usted un tratamiento médico o ayudar a otro profesional médico a tratarlo.
- Operación de nuestra organización.
- Facturación u obtención de pago por los servicios prestados.
- Ayudar con temas de salud pública y seguridad.
- Llevar a cabo una investigación.
- Como parte de un acuerdo de salud organizado (ver "OCHIN," en la siguiente columna).
- Como parte de un intercambio de información de salud comunitaria (ver "RELIANCE", en la siguiente columna).
- Cumplir con la ley.
- Responder a demandas y acciones legales.
- Para fines de aplicación de la ley.
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria.
- Propósitos de compensación del trabajador.
- Contratar un intérprete para usted.
- En caso de un desastre.
- Para prevenir o controlar los brotes de enfermedades.
- Notificación de nacimientos o muertes.
- En caso de una emergencia de salud.
- En el caso de una amenaza eminente a sí mismo o a otros.
- Cumplir con las órdenes judiciales o administrativas, o en respuesta a una citación judicial.
- Informar de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Respondiendo a una investigación o auditoría realizada por una agencia de supervisión.
- A los establecimientos penitenciarios que sean necesarios para su cuidado.
- Para la seguridad nacional o para proteger al Presidente.

Sus Derechos a la Privacidad

- Puede solicitarnos que limitemos la forma en que usamos o compartimos su información. Debe solicitarlo por escrito. Podemos estar de acuerdo si la ley lo permite.
- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de cierta manera o en un lugar determinado. Atenderemos cualquier solicitud realista.
- En la mayoría de los casos, puede buscar u obtener copias de sus expedientes. Debe solicitarlo por escrito. Es posible que tenga que pagar por las copias. Póngase en contacto con nosotros para el formulario.
- Puede solicitar enmendar la información de salud en sus registros médicos o de facturación. Esto debe

hacerse por escrito. Es posible que no aceptemos estos cambios en ciertas situaciones.

- Por lo general, usted puede revocar su autorización por escrito si nos lo solicita por escrito. Sin embargo, no podemos recuperar ninguna información de PHI u otra información que ya hayamos compartido.
- Puede solicitar una lista de aquellos con quienes hemos compartido su PHI en los últimos 6 años. Debes preguntar por escrito. Esta lista no incluirá las revelaciones de PHI hechas para el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico, o éstos que fueron hechos conforme a su autorización escrita.
- No se venderá su PHI.
- La información genética no puede ser revelada a los planes de salud para determinar la calificación.
- No divulgaremos la información a su plan de salud si usted paga de su bolsillo por los servicios.
- Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento.
- Usted puede elegir a quien designar como su representante autorizado para decidir si su PHI debe ser compartida. Cualquier designación debe ser por escrito y legalmente válida.

Sus opciones

Usted puede elegir la forma en que nosotros usamos y divulgamos su PHI en las siguientes circunstancias:

- Cuando hablamos de su estado de salud con su familia y amigos.
- Para brindar auxilio en casos de desastre.
- Para comercializar nuestros servicios o vender
- Para añadir su información en los directorios de salud mental o del hospital.
- Para recaudar fondos.

Si tiene una preferencia en cuanto a cómo compartimos PHI en cualquiera de estas circunstancias, por favor díganos y seguiremos sus instrucciones en la medida que legalmente podamos hacerlo.

OCHIN: Los Servicios de Salud del DCHS son parte de un acuerdo organizado de atención de la salud que incluye a los participantes en OCHIN. Una lista actual de participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como socio comercial de DCHS, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados a DCHS y otros participantes en OCHIN. OCHIN también realiza evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento de parte de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica de parte de organizaciones participantes para establecer normas de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros médicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de las referencias de los pacientes internas y externas. DCHS puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o tener un intercambio de información de salud sólo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para propósitos operativos de atención de la salud del acuerdo de atención medica organizada. La operación de atención de la salud puede incluir, entre otras cosas, geocodificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

RELIANCE para el intercambio de información de salud es un asociado de negocios de los servicios de salud del DCHS. La Dependencia proporciona un intercambio seguro y electrónico de información de salud entre los miembros autorizados en la comunidad del cuidado de salud, tales como los proveedores de atención de salud y agencias de salud pública - para conducir oportuna, eficiente y centrada en el paciente. Los servicios de salud del DCHS pueden compartir su PHI con la dependencia a los fines de facilitar el intercambio de información de salud entre miembros de la dependencia autorizada para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Una lista actual de miembros de la dependencia está disponible en <http://reliancehie.org/frequently-asked-questions/>.

¡Nos importan sus inquietudes! Si no está de acuerdo con la forma en que usamos o divulgamos la información de su salud, usted puede presentar una queja. Usted no será castigado y su atención médica no se verá afectada.

PRESENTAR UNA DENUNCIA DE VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON UNA DE LAS SIGUIENTES OFICINAS:

Servicios de Salud del Condado de Deschutes

Atn: División RHIT
2577 NE Courtney Drive, Bend, OR 97701
Teléfono: (541) 322-7607
Fax: (541) 322-7567

Office for Civil Rights – Oficina de Derechos Civiles

U.S. Dept of Health and Human Services, Region 10 HHS
2201 6th Avenue, Seattle, WA 98121-1831
Teléfono: (206) 615-2290
FAX: (206) 615-2297 | TDD (206) 615-2296



Servicios de Salud del Condado de

Aviso de Agravio y Proceso de Quejas del Cliente

Si usted, su familia o representantes autorizados tienen algún problema con el acceso, el servicio, la atención clínica, el contacto con el personal, la calidad o la atención, o sus derechos, por favor háganos saber. Usted no estará sujeto a represalias por hacer un reporte o ser entrevistado acerca de una queja. Usted es inmune a cualquier responsabilidad civil o criminal con respecto a la elaboración o el contenido de una queja hecha de buena fe.

Los agravios pueden ser presentados verbalmente (en persona o por teléfono), por escrito o por correo electrónico. Si desea ayuda para llenar un formulario de agravio, por favor pregunte al personal de recepción o a su proveedor de servicios.

Su especialista clínico, su supervisor o un analista de mejora de la calidad se pondrá en contacto con usted en relación con su queja/agravio. Uno de estos individuos trabajará con usted para resolver sus preocupaciones. Una investigación de cualquier agravio será completada dentro de treinta (30) días calendario.

Usted, su familia o su representante autorizado tienen derecho a apelar la decisión de agravio. Las apelaciones de agravio deben ser hechas a la División de Sistemas de Salud de la Autoridad de Salud de Oregon dentro de diez (10) días hábiles después de la notificación de la decisión de quejas. Si no está satisfecho con la decisión de apelación, puede presentar una segunda apelación por escrito dentro de diez (10) días hábiles. Si lo solicita, el personal estará disponible para ayudarle.

En circunstancias en las que el asunto del agravio es probable que le cause daño a usted o a otro antes de que el proceso de agravio como se describe arriba sea completado, usted puede solicitar una revisión acelerada del agravio. Los agravios expeditos serán revisados por el Gerente de Programa apropiado dentro de las 48 horas siguientes al recibimiento del agravio.

También tiene la opción de presentar una queja con:

Derechos de Discapacidad de Oregon
Llame: (503) 243-2081 o 1-800-452-1694
welcome@droregon.org

Oficina de Defensa del Gobernador del Estado de Oregon
Llame: (503) 945-6904 o 1-800-442-5238
ohso.info@dhsosha.state.or.us

Autoridad de Salud de Oregon, División de Sistemas de Salud
Llame: (503) 945-5763 o 1-800-527-5772
<https://www.oregon.gov/oha/HSD/AMH/Pages/AMH-Complaint.aspx>

Su organización de cuidados coordinados (es decir PacificSource, Cascade Health Alliance, Health Share of Oregon)

Para preguntas o preocupaciones adicionales:

Channing Casey, RN, Analista de Mejora de la Calidad
Channing.Casey@deschutes.org
(541) 330-4600



Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS) Formulario de Agravio

Si usted, su familia o representantes autorizados tienen algún problema con el acceso, el servicio, la atención clínica, el contacto con el personal, la calidad de la atención, o sus derechos, por favor háganoslo saber. Usted no estará sujeto a represalias por presentar una agravio o queja.

Fecha del agravio:

Nombre:

Número telefónico:

Dirección:

Fecha de Nacimiento:

Programa del DCHS:

Personal involucrado:

Describa el agravio (proporcione detalles sobre las preocupaciones):

Firma de la persona que completo el formulario:

Fecha:

Devuélvalo a una de las siguientes opciones: Su especialista clínico, un supervisor, un director, personal de recepción o un analista de mejora de la calidad. Este formulario se puede enviar por correo a: Atención: CQA, 2577 NE Courtney Drive, Bend OR 97701. Este formulario se puede enviar por correo electrónico a: healthservices@deschutes.org. Su especialista clínico, su supervisor o un Analista de Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con usted en relación con su agravio/queja. Uno de estos individuos trabajará con usted para resolver sus preocupaciones. Una investigación de cualquier agravio será completada dentro de treinta (30) días calendario.

Revisión de Quejas de DCHS

Instrucciones: Si esto se resuelve en el nivel de supervisor y/o gerente, el personal deberá completar la siguiente información con fines de CCO y de informes de estado. Una vez completada, envíenla al Analista de Mejora de la Calidad designado.

Fecha de revisión:

Nombre del supervisor y/o gerente:

Identificación de los problemas de atención directa y/o del sistema:

Determinación de respuesta y/o plan de acción:

Resolución:

Firma:

Fecha:

Revisión del Cumplimiento y Garantía de Calidad (CQA)

Fecha de recepción:

Nombre:

Seguimiento adicional necesario: Si No

Comentarios



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Estoy solicitando servicios de forma voluntaria a los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS, por sus siglas en inglés). Entiendo y estoy de acuerdo en que los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS) puedan usar y divulgar mi información de salud con los siguientes propósitos:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento.
- Trabajar con otros proveedores de atención médica, incluyendo a otros profesionales dentro de los DCHS para consultar, coordinar, derivar y manejar mi cuidado y tratamiento.
- Determinar mi calificación para un plan de salud o cobertura de seguro médico y enviar las facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar una parte o la totalidad de mi atención médica;
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocio que apoyan los esfuerzos de los DCHS para brindarme atención médica rentable de alta calidad y para recibir reembolso por la misma.
- Participar como un miembro Colaborador de OCHIN, tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes.
 - Comunicarse conmigo a través de MyChart, un portal seguro para pacientes en línea.
 - Como miembro del Intercambio de Información de Salud de la Comunidad Reliance.
 - Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes son miembros de un Intercambio electrónico de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) llamado OCHIN Collaborative. Uno de los propósitos de este HIE es permitir que los proveedores de atención médica compartan electrónicamente los registros relativos a un individuo. Entiendo y estoy de acuerdo en que DCHS puede revelar cualquier información sobre mi salud, incluyendo información sobre el tratamiento por drogas y alcohol protegida por 42 CFR Parte 2, a este HIE con el propósito de compartir la información con cualquier individuo o entidad que tenga una relación de proveedor tratante conmigo en el momento en que dicha persona accede a la información. Entiendo que, si lo solicito por escrito, el HIE debe proporcionarme una lista de todas las entidades a las que se ha divulgado mi información en los últimos dos años. La HIE se encargaría de responder a la solicitud en un plazo de 30 días.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por los DCHS, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o por palabras habladas y puede incluir información sobre mis antecedentes de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos y otros tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo que la información de salud usada y divulgada puede incluir rehabilitación vocacional, registros de alcohol y drogas, registros de VIH/SIDA, información genética y registros de salud mental o discapacidad del desarrollo que guardan los proveedores financiados con fondos públicos.

Entiendo que el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes puede ser revisado de vez en cuando y tengo derecho a recibir una copia de cualquier versión que se revise. También entiendo que se publicará una copia o un resumen vigente de la versión más reciente del Aviso de las Prácticas de Privacidad en las áreas de espera/recepción.

Entiendo que tengo derecho a pedir que una parte o toda mi información de salud no sea usada o divulgada en la forma descrita en el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes y entiendo que los DCHS no están obligados según la ley a estar de acuerdo con dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que estoy solicitando servicios proporcionados por los DCHS, he revisado la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes.

Nombre del cliente en imprenta: _____ Fecha: _____

Firmado por: _____ *(Paciente o Representante Autorizado del Paciente)*