



## 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