



## Benton County Health Services

530 NW 27th St. • P.O. Box 579 • Corvallis, OR 97339-0579  
(541) 766-6835 • fax (541) 766-6186

# ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO (HIPAA)

Yo entiendo y acuerdo que el BCHS, por sus siglas en inglés, pudiera usar y divulgar información relacionada a mi salud con el propósito de:

- Tomar decisiones y planificar con respecto a mi cuidado y tratamiento;
- Referir a, consultar con, coordinar entre, y manejar en conjunto con otros proveedores del cuidado de salud, incluyendo otros proveedores dentro del Departamento de Salud del Condado Benton y el Centro de Salud de la Comunidad Benton, con respecto a mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para una cubierta de un plan de salud o seguro médico, y someter facturas, reclamos, y otra información relacionada a las compañías de salud u otros que pudiesen ser responsables de pagar ya sea alguno o todos mis servicios del cuidado de salud; y
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de gerencia que apoyan los esfuerzos de proveerme, ordenar y obtener re-embolso por un cuidado de salud de calidad y de costo efectivo.

Yo también entiendo que tengo el derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo el BCHS manejará mi información de salud. Esta descripción escrita se conoce como **Aviso sobre las Prácticas de Privacidad** y describe los usos y las formas de divulgación acerca de la información sobre mi salud; las prácticas que siguen los empleados, el personal, y otras personas en las oficinas del BCHS sobre la información; y mis derechos en cuanto a la información sobre mi salud.

Yo entiendo que los Servicios de Salud del Condado Benton (BCHS) usarán y divulgarán mi información de salud. Yo entiendo que mi información de salud pudiera incluir tanto la creada, como la recibida por el BCHS, pudiera ser escrita, expedientes electrónicos, o hablada, y pudiera incluir información acerca de mi historial médico de salud, síntomas, exámenes, resultados, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos, y clases similares de información relacionada.

Yo entiendo que el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad puede ser revisado de tiempo en tiempo, y que yo tengo el derecho de recibir una copia de cualquier revisión que se le haga. Yo también entiendo que una copia o resumen de la versión más reciente del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del BCHS estará disponible en el área de espera/ recepción así como en el portal electrónico <http://www.co.benton.or.us/health/hipaa.htm>.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir que alguna o toda mi información de salud no sea usada o divulgada en la forma que se describe en el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, y yo entiendo que por ley no se le requiere al BCHS el aceptar esos pedidos.

**Continuación – página 2**

Name: \_\_\_\_\_

Client # \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Los Servicios de Salud del Condado Benton son parte de una organización dentro del cuidado de salud con un acuerdo que incluye participantes dentro de la red OCHIN. OCHIN supe información tecnológica y servicios relacionados a los Servicios de Salud del Condado Benton y otros participantes de OCHIN. Los Servicios de Salud del Condado Benton pudieran compartir su información de salud con otros participantes de la organización que siguen el acuerdo.

**Por medio de mi firma en el espacio de abajo, yo acuerdo que he revisado la información arriba mencionada y que yo he recibido una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.**

Por: \_\_\_\_\_  
*Paciente*

Fecha: \_\_\_\_\_

-ó-

Por: \_\_\_\_\_  
*Representante del Paciente*

Fecha: \_\_\_\_\_

**Descripción sobre la Autoridad que tiene el Representante del Paciente:** \_\_\_\_\_