



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



Name: _____

Client # _____ DOB _____

ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO (HIPAA)

Yo entiendo y estoy de acuerdo, que Servicios de Salud del Benton (BHS), 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;
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia domestica;
- Determinar mi elegibilidad para cobertura para 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 BHS 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 BHS sobre la información; y mis derechos en cuanto a la información sobre mi salud.

Yo entiendo que los BHS 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 BHS estará disponible en el área de espera/ recepción así como en el portal electrónico

<http://www.co.benton.or.us/health>

Continuación – página 2

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 BHS el aceptar esos pedidos.

Los Servicios de Salud del Condado Benton (BCHS) son parte de un acuerdo de atención médica organizada, que incluye a los participantes de la Red OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org como socio comercial de BCHS, OCHIN suministra tecnología de información y servicios relacionados a BCHS y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad a nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica a nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. Los participantes de OCHIN también trabajan en colaboración, para mejorar el manejo de referidos de pacientes internos y externos. BCHS puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para fines de operaciones de atención médica dentro del acuerdo de atención médica organizada.

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: _____

-6-

Por: _____
Representante del Paciente

Fecha: _____

Descripción sobre la Autoridad que tiene el Representante del Paciente: _____