

Formulario disponible en diferentes formatos: Braille, letra grande, disquete de computadora y presentación oral.

Apellido legal del cliente/solicitante	Primer nombre	ISN	Fecha de nacimiento
Otros nombres usados por el cliente/solicitante			Nº de ID del caso

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente tenedor de registro a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mí:

Sección A	Divulgar desde un tenedor de registro - (individuo, escuela, empleador, agencia, o proveedor médico u otro)	Información específica a ser divulgada	Intercambio mutuo: Si / No
	HIV Alliance	psicológico/social/médica	Si
	Si la información contiene algunos de los siguientes tipos de datos o información, puede estar sujeta a otras leyes sobre su uso y divulgación. Entiendo que esta información sólo se divulgará si pongo mis iniciales en el espacio que se encuentra junto a la información: VIH/SIDA: _____ Salud mental: _____ Análisis genético: _____ Alcohol/Drogas diagnóstico, tratamiento, derivación: _____		

Sección B	Divulgar a (dirección requerida si se envía por correo) Si se divulga a un equipo, indicar los miembros.	Propósito	Fecha o evento de expiración*
		La coordinación de cuidado	Un año
			después de la
			fecha en que
			el/la cliente
			firmó
* Autorización válida por un año desde la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Esto no afectará la información ya divulgada. Entiendo que hay leyes estatales y federales que protegen la información sobre mi caso. Entiendo el significado de este acuerdo y autorizo las divulgaciones indicadas. Firmo esta autorización por mi propia voluntad. Entiendo que la información usada y divulgada según esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por leyes federales ni estatales. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe la redivulgación de información relacionada con VIH/SIDA, salud mental, y diagnóstico, tratamiento, rehabilitación vocacional y derivaciones referentes a alcoholismo y drogadicción, sin autorización específica.			

Sección C	Firma legal completa del individuo O del representante personal autorizado	Relación con el cliente	Fecha
		Mismo	
	Nombre del empleado de la agencia (letra de molde)	Nombre/localidad de la agencia demandante	Fecha
		HIV Alliance	
	Firma legal completa del empleado de la agencia que hace las copias	Esta es una copia fiel del documento de autorización original.	
	Nombre del empleado de la agencia en letra de molde		

Información que se requiere del cliente

Para proveer o pagar servicios de salud: Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) es el **proveedor** de sus servicios de atención de salud o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregon o del Programa Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esto **no** afectará negativamente su elegibilidad para recibir servicios de salud, *a menos que* estos servicios sólo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona y que la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación. (Ejemplos de esto serían exámenes, análisis o evaluaciones.) Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales.

Esta autorización para uso y divulgación de información **también puede ser necesaria** para determinar:

- si usted es elegible para algunos programas médicos que pagan la atención de su salud
- si usted es elegible para otro programa o servicio de DHS u OHA que no provea atención de la salud

Este formulario es voluntario. DHS u OHA no puede exigir la firma de esta autorización como requisito para la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención de salud pagados con fondos públicos, excepto en los casos antes detallados. Sin embargo, si usted se niega a firmarla, debe recibir información precisa sobre el efecto negativo que su decisión puede tener para la determinación de su elegibilidad o la coordinación de sus servicios. Si usted decide no firmar, puede ser derivado a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familia sin intercambio de información.

Uso de este formulario

1. **Términos usados: Intercambio mutuo:** Un "sí" permite que la información vaya y vuelva entre el tenedor del registro y las personas o programas indicados en la autorización. **Equipo:** Grupo de individuos o agencias que normalmente trabajan juntos. Los miembros del equipo se deben identificar en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado de DHS u OHA debe llenar este formulario con usted. **No firme el formulario si no lo entiende.** No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que éste permite. Puede poner una marca en lugar de firmar o pedir a una persona **autorizada** que firme en su nombre.
3. **Tutela/custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como por ejemplo un tutor, se debe adjuntar una copia de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia y firma su representante, se debe adjuntar su autoridad de custodia a este formulario.
4. **Cancelación:** Si quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de DHS u OHA a cargo de su caso. Usted puede quitar miembros de un equipo del formulario. Se le pedirá que solicite la cancelación por escrito. Excepción: Los reglamentos federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los programas de drogas y alcohol. Una vez cancelada la autorización, no se podrá divulgar ni solicitar más información. DHS u OHA puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores:** Si usted es menor, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o de abuso de drogas ilegales si tiene 14 años o más; para divulgar datos sobre enfermedades transmitidas sexualmente o sobre control de natalidad no importa la edad; para la divulgación de información médica general debe tener 15 años o más.
6. **Atención especial:** Atención especial: Para información referente a **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento por abuso de drogas/alcohol**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar y el propósito de tal divulgación.

Redivulgación: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben redivulgar la información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe redivulgar información sobre VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe redivulgar datos sobre salud mental, tratamiento por abuso de drogas ilegales, rehabilitación vocacional y tratamiento para discapacidades de desarrollo provenientes de programas pagados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización escrita específica.

Aviso: Los servicios y programas de salud de Oregon fueron transferidos del Departamento de Servicios Humanos a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). DHS continuará determinando la elegibilidad para muchos de los programas de salud como así también otros programas administrados por DHS.

The Alliance
Ryan White Care Coordination Center
1966 Garden Ave, Eugene, OR 97403
541-342-5088 or 1-866-935-9663, Fax 541-342-1150

Derechos y responsabilidades del cliente

Derechos del cliente

Los individuos que soliciten o los clientes inscritos en el Programa de Administración de Casos de VIH tienen los siguientes derechos:

- Recibir servicios de administración de casos de VIH sin discriminación con base en la raza, color, sexo, género, etnia, nacionalidad, religión, edad, clase, orientación sexual, habilidad física o mental.
- Recibir información sobre los servicios y opciones disponibles en el Programa de Administración de Casos de VIH.
- Que los registros de los servicios de administración de casos de VIH y otros programas se mantengan en confidencialidad de conformidad con OAR capítulo 943, división 14.
- Tener acceso a un proceso de reclamación por escrito proporcionado por la agencia.
- Recibir servicios de asistencia de idiomas incluyendo acceso a servicios de traducción e interpretación, sin ningún costo si el individuo o cliente tiene una habilidad limitada en el idioma inglés, a fin de poder acceder a los servicios de administración de casos de VIH.

Responsabilidades del cliente

Se espera que un cliente inscrito en el Programa de Administración de Casos de VIH haga lo siguiente:

- Participar en las actividades de selección, evaluación, desarrollo e implementación del plan de cuidado;
- Proporcionar información precisa sobre la elegibilidad en todo momento;

- Informar al administrador del caso sobre los cambios en la dirección, número de teléfono, ingresos, tamaño de la familia, cambio en el nombre legal o cobertura del seguro de la salud en un plazo de 15 días;

Entiendo la información que se presenta arriba y he recibido una copia para mis registros.

Participante

Fecha

Administrador del caso

Fecha

Este anuncio ofrece información sobre las prácticas de privacidad del HIV Alliance.

Anuncio de Prácticas de Privacidad

Esta información se llama Información de Salud Protegida (conocido por las siglas PHI en inglés). Este "Anuncio de Prácticas de Privacidad" le informará cómo HIV Alliance podría usar o revelar su información. No todas las situaciones serán descritas. HIV Alliance está obligada por la ley estatal y federal a proteger su información de salud. HIV Alliance está obligada a seguir los términos del anuncio actualmente en efecto. Información podría ser compartida entre HIV Alliance y Oregon Health Authority (OHA) para determinar la elegibilidad, coordinar su cuidado, y para tratamientos, pagos y opciones de cuidado de la salud.

Este anuncio describe cómo su información médica podría ser usada y revelada y cómo puede obtener esta información. **Por favor, revíselo con cuidado.**

- Sus Preferencias** ▶ Consulte las páginas 2 y 3 para información de sus elecciones y cómo ejercerlos.
- Nuestros Usos y Confidencialidad** ▶ Consulte las páginas 4 y 5 para información de los usos y la confidencialidad de su información.
- Sus Derechos** ▶ Consulte la página 6 para información sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

Su Información.

Sus Derechos.

Nuestra Responsabilidad

ESTA PUBLICACIÓN SERÁ PROPORCIONADA EN UN FORMATO PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES POR TELÉFONO AL (541)-342-5088.

Sus Preferencias

Para información de salud en particular, puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Pedirnos corregir su historial médico

- Puede pedirnos a cambiar o añadir información faltante de su historial médico que HIV Alliance ha creado si cree que hay un error.
- El requisito tiene que ser por escrito y tiene que incluir una razón para solicitar el cambio.
- HIV Alliance podría negar su solicitud en ciertas circunstancias, pero le avisará la razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar una lista de información revelada

- Tiene el derecho a pedir a HIV Alliance una lista de su PHI revelada después el 14 de Abril, 2013.
- Se puede hacer el requisito por escrito.
- Esta lista no puede incluir una vez que la información ha sido revelada para cualquier tratamiento, pago, u operaciones médicas.
- No incluye información revelada:
 - directamente a usted o a su familia, ni información enviada con su consentimiento
 - en conexión con el uso o la confidencialidad autorizada o permitida
 - Para tratamiento, pago, u operaciones médicas

Pedirnos limitar el uso o revelación de información

- Si solicita una lista más de una vez durante un periodo de 12 meses, se le podría cobrar una pequeña cuota.
- Puede pedir a HIV Alliance limitar como su información médica está siendo usada o revelada.
- Hay que hacer la solicitud por escrito e informar a HIV Alliance cuál información quiere limitar y a quién quiere aplicar esas limitaciones.
- Es posible que no se nos requiera aceptar la restricción.
- Se puede solicitar de manera oral o escrita que terminen las restricciones.

Sus Preferencias

Para información de salud en particular, puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Elegir alguien para actuar en su nombre

- Si alguien tiene su poder notarial o si alguien es su tutor o representante legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Elegir cómo nos comunicamos con usted

- Usted tiene el derecho de pedir que HIV Alliance comparta el PHI con usted de alguna manera o en un lugar determinado.
- Por ejemplo, podría pedir que HIV Alliance mande información a su dirección de trabajo en vez de a la dirección de su casa.
- Tiene que hacer la solicitud por escrito, pero no hay necesidad de proveer una razón para la solicitud.

Cómo ser notificado(a) si se infringe su confidencialidad

- Le avisaremos prontamente si ocurre un incumplimiento que haya comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

Llenar una queja si siente que sus derechos están siendo violados

- Usted tiene el derecho de llenar una queja si no está de acuerdo con la forma en la cual HIV Alliance ha revelado su información médica.
- Si quiere llenar una queja, puede solicitar un formulario de agravio a cualquier miembro del personal, completar y entregar el formulario a cualquier director de agencia. También puede contactar a la Oficina de Derechos Civiles, US Department of Health and Human Services.
- HIV Alliance no tomará ninguna acción en contra de usted por llenar una queja.

Derechos adicionales de privacidad de PHI

- Si paga por el total de un servicio o producto de asistencia médica de su propia cuenta, nos puede pedir que no compartamos esta información con su proveedor de seguro de salud para solicitar un pago.
- Diremos que sí, a menos que una ley nos requiere compartir esa información.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

Nuestros Usos y Confidencialidad

¿Cuáles son los usos típicos de su información de salud? HIV Alliance podría usar o revelar su información médica sin su autorización por los siguientes propósitos y bajo circunstancias limitados.

Para el tratamiento

- HIV Alliance puede usar o revelar PHI con proveedores de servicios médicos que están involucrados en su cuidado de salud.
- Por ejemplo, se puede compartir información para crear e implementar un plan de tratamiento.

Para pagos

- HIV Alliance puede usar o revelar PHI para obtener pagos o para pagar para los servicios que recibe.
- Por ejemplo, HIV Alliance podría contactar a sus programas de seguro médico para ayudarlo pagar sus facturas médicas.

Para procedimientos de asistencia médica

- HIV Alliance puede usar o revelar PHI para poder administrar sus programas y actividades.
- Por ejemplo, HIV Alliance podría usar PHI para revisar la calidad de servicios que usted recibe.

Para reportes e investigaciones de abuso

- HIV Alliance está obligada por la ley a recibir reportes del abuso.

Compensación para trabajadores

- Cuando esté requerido por las leyes de compensación laboral.

Para evitar daños

- Puede que HIV Alliance revele PHI para evitar una amenaza seria a su salud y seguridad, o para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de alguien más o el público en general.

Si necesitamos revelar su información por cualquier otra razón, primero obtendremos su permiso

- Usted puede revocar este permiso en cualquier momento, sin embargo la revocación no aplicaría a una liberación permitida de información previa.
- Si revelamos su información basándonos en su permiso por escrito, podría ser re-revelada por la parte receptora. La ley federal y del estado podrían restringir la re-revelación de cierta información como información sobre HIV/AIDS, alcohol y drogas, salud mental, e información genética.

Nuestros Usos y Confidencialidad

¿Cuáles son los usos típicos de su información de salud?

HIV Alliance podría usar o revelar su información médica sin su

Para actividades de salud pública

- Si hay una amenaza seria de salud o seguridad.

Para la supervisión de programas de salud

- Puede que HIV Alliance revele PHI al gobierno para la supervisión de programas de salud.
- HIV Alliance podría revelar información a las agencias federales y del estado que nos regulan, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos por razones como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.

Cuando es requerido por la ley

- HIV Alliance revelará PHI cuando es requerido por las leyes federales o estatales.

Para disputas y pleitos

- HIV Alliance revelará PHI en respuesta de un mandato judicial. Si usted está involucrada(o) en una disputa o un pleito, HIV Alliance podría compartir su información acorde a los requisitos legales.

Otros usos y prácticas de confidencialidad requieren su autorización escrita

- Para otros propósitos, HIV Alliance le pedirá su permiso escrito antes de usar o revelar PHI.
- Usted puede cancelar dicha autorización en cualquier momento de manera escrita, sin embargo, la cancelación del permiso no aplicará a revelaciones previamente permitidas.

Otras leyes protegen PHI

- Varios programas de HIV Alliance tienen otras leyes para el uso y la revelación de su información médica.
- Usualmente, hay que dar su autorización escrita para que HIV Alliance pueda usar y revelar sus documentos sobre el tratamiento de HIV/AIDS, salud mental o dependencia química.

Sus Derechos

En cuanto a su inform información médica, usted tiene ciertos derechos.

Si usted tiene una clara preferencia sobre las maneras en que compartimos su información en las situaciones descritos a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que usted quiera que hagamos, y seguiremos sus instrucciones

Derechos relacionados con su PHI

- Usted puede solicitar su archivo, solicitar una corrección a su archivo o solicitar una lista de información revelada por escrito.
- Es posible que se le pida cubrir el costo de los archivos.
- En la mayoría de los casos su solicitud será cumplida dentro de 30 días.

Derecho para ver y obtener copias de sus archivos médicos

- En la mayoría de los casos, usted puede pedir, ver y obtener copias de sus archivos médicos.
- Hay que solicitarlo por escrito. Es posible que se le cobre un cargo razonable para cubrir los gastos del servicio.
- Es posible que usted no esté permitido(a) para revisar:
- Notas de psicoterapia. El supervisor clínico de servicios de bienestar mental tomará una decisión rápida en todas esas solicitudes.
- Información compilada en anticipación sobre una acción civil, criminal, o administrativa.
- Otra información restringida o prohibida bajo la ley.

Derecho a revocar permiso

- Si se le ha pedido firmar una autorización para usar o revelar PHI, usted puede cancelar esa autorización en cualquier momento.
- Hay que solicitarlo por escrito. Esto No afectará la información que ya ha sido compartida.



Cómo contactar HIV Alliance para ejercer sus derechos de privacidad:

Si usted tiene preguntas relacionadas a nuestras prácticas de privacidad, usted puede contactar nuestro Director de Privacidad al 541.342.5088

En el futuro, HIV Alliance podría cambiar su “Aviso de Prácticas de Privacidad”. Cualquier cambio aplicará a la información que ya tiene HIV Alliance y también aplicará a la información que HIV Alliance reciba en el futuro. Una copia del nuevo aviso será publicada en cada sitio web e instalación de HIV Alliance. Una copia del nuevo aviso le será proporcionada, como lo requiere la ley. Usted puede pedir una copia del aviso actual en cualquier momento que visite una instalación de HIV Alliance.

Departamento: Toda la Agencia

Tema: Quejas de Clientes

Página 1 de 3

Efectivo 30/4/2002

Política:

Clientes tendrán el derecho a presentar una queja, tener una investigación y revisión de la queja por parte de personas responsables en la agencia, la agencia tomará una decisión sobre la queja y apelará la decisión si la resolución no es satisfactoria para el cliente.

Propósito:

HIV Alliance toma las quejas de clientes en serio. Los procedimientos deberían permitir una difusión total y oportunidad para hallar una resolución, pero al promover la resolución informal de los problemas.

Procedimientos:

1. Queja del cliente
 - 1.1. Una queja verbal es suficiente para comenzar el proceso de quejas de clientes
 - 1.2. Quejas de los clientes deben ser reportados inmediatamente por los voluntarios a un empleado de la organización
 - 1.3. Los empleados que reciban una queja deben preguntar inmediatamente si el cliente se desea presentar la queja.
 - 1.4. En cuyo caso, el empleado le preguntará al cliente si desea completar un formulario de quejas o quiere que el empleado lo complete de parte suya.
 - 1.4.1. Si el empleado completa el formulario de quejas para el cliente, el cliente debe poner la fecha y debe firmar el formulario, lo que significa que toda la información es correcta
 - 1.5. El empleado deberá explicar el proceso de quejas inmediatamente.
 - 1.6. El formulario de quejas del cliente documentará la siguiente información.
 - 1.6.1. ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted? (Nombre, dirección, teléfono donde podemos dejar mensaje.)
 - 1.6.2. Compruebe exactamente lo que denuncia - ¿quién, que pasó, cuándo, dónde?
 - 1.6.3. Pregunte qué resolución está buscando el cliente.
 - 1.6.4. Fecha y firma de cliente comprobando la exactitud de la información.

- 1.7. Si el cliente decide no presentar una queja, el empleado documentará la denuncia como un informe de incidente. (Ver procedimiento y política del reporte de incidentes)
2. Notificación al personal de la agencia.
 - 2.1. En un marco de 3 días de haberse presentado la queja el personal pertinente de la agencia sería notificado.
 - 2.1.1. Si la queja es presentada directamente a un empleado, el empleado le dará una copia del formulario de quejas a su supervisor; el supervisor notificará al Directora Ejecutivo.
 - 2.1.2. Si la queja es presentada a un supervisor, el supervisor notificará al personal correspondiente y a la Directora Ejecutiva.
 - 2.1.3. Si la denuncia se hizo a la Directora Ejecutiva, este le notificará al personal correspondiente y al supervisor/a.
3. Reconocimiento de la queja y el inicio del proceso de quejas
 - 3.1. En un marco de 5 días de la queja, copias de la planilla estarán disponibles en:
 - 3.1.1. El expediente del cliente
 - 3.1.2. El archivo de quejas de la agencia
 - 3.2. En un plazo de 5 días de la queja, el supervisor se comunicará con el cliente en persona, por teléfono o por escrito
 - 3.2.1. Reconoce el procesamiento de la queja.
 - 3.2.2. Darle al cliente una copia del formulario de quejas
 - 3.2.3. Explica la política y procedimientos de quejas y se le da una copia de esta al cliente.
 - 3.2.4. Darle al cliente la opción de una resolución formal o informal, enfatiza la informal.
 - 3.2.5. Planear una cita dentro 30 días para la resolución informal o formal, dejar que el cliente elija la cita.
 - 3.3. Si se envía una carta, las copias serán archivadas en
 - 3.3.1. El expediente del cliente
 - 3.3.2. El archivo de quejas de la agencia
 - 3.4. Si el supervisor habla con el cliente en persona o por teléfono, el supervisor documentará la información antes mencionada en 3.2 y archivará las copias en:
 - 3.4.1. El expediente del cliente
 - 3.4.2. La agencias archivos de quejas
4. Resolución informal

- 4.1. Una resolución informal es recomendada y ofrecida
- 4.2. Si el cliente desea tener una reunión formal para la resolución informal, se pospone una reunión para la resolución formal hasta resolución informal ya no sea posible.
- 4.3. Si el/la cliente no está interesado/a en la resolución informal, siga los pasos que se listan enseguida para una reunión con motivo de una resolución formal.
- 4.4. Una resolución informal significa que el cliente puede reunirse con los empleados y los supervisores e intentar hablar sobre el problema.
- 4.5. Esta reunión ocurrirá en un marco de 30 días a partir que se reciba la solicitud verbal o escrita para una resolución formal, a menos que se extienda el tiempo debido al cliente.
- 4.6. Si el asunto es solucionado dentro 5 días el supervisor hará un reporte con copias a:
 - 4.6.1. El expediente del cliente
 - 4.6.2. El archivo de quejas de la agencia
 - 4.6.3. Director Ejecutivo
 - 4.6.4. Cliente
- 4.7. Si el asunto no está solucionado la queja irá a una resolución formal.

5. Resolución Formal

- 5.1. Una reunión sobre una solución formal ocurrirá en marco de 30 días a partir que se reciba una petición oral o escrita para una reunión sobre la resolución formal.
- 5.2. El supervisor juntará las partes involucradas y explicará el proceso para la reunión formal, la decisión y las posibles súplicas.
- 5.3. Todas las partes tendrán la oportunidad de explicar su perspectiva e información relevante a la queja.
- 5.4. El supervisor podrá solicitar el seguimiento y calificar preguntas
- 5.5. El supervisor podrá preguntar por más información y podrá extender la reunión a otra hora y día.
- 5.6. El/la supervisor/a podrá hacer pública la decisión verbalmente y permitir tiempo para su consideración.

5.7. En un marco de 5 días desde la resolución formal, el/la supervisor/a dará su decisión por estricto, la cual incluirá notificación sobre la posibilidad de súplicas a la Directora Ejecutiva con copias al:

5.7.1. El expediente del cliente

5.7.2. El archivo de quejas de la agencia

5.7.3. La Directora Ejecutiva

5.7.4. El/la cliente/a

6. Súplica a la Directora Ejecutiva

6.1. En un marco de 30 días de la decisión del supervisor, el cliente puede apelar la decisión del supervisor pasando una petición por estricto a la Directora Ejecutiva

6.2. La Directora Ejecutiva entrevistará a todas las partes involucradas por teléfono o en persona.

6.3. La Directora Ejecutiva puede optar por traer a las partes juntas durante otra reunión.

6.4. En un marco de 30 días desde que reciba una petición escrita del cliente, la Directora Ejecutiva publicará una decisión escrita la cual incluirá una notificación acerca de la opción para apelar al Comité Ejecutivo con las copias

6.4.1. El expediente del cliente

6.4.2. El archivo de quejas de la agencia

6.4.3. La Directora Ejecutiva

6.4.4. El/la cliente/a

7. Súplica al Comité Ejecutivo de la Junta Directiva

7.1. En un marco de 30 días a partir de la decisión por parte de Directora Ejecutiva, el/la cliente puede apelar la decisión de la Directora Ejecutiva con una petición al Comité Ejecutivo.

7.2. El Comité Ejecutivo examinará el reporte que consiste de

7.2.1. Planilla de quejas del cliente

7.2.2. Cualquier otra correspondencia de quejas, decisiones y la documentación en el archivo de quejas de la agencia relacionadas con esta queja.

7.3. Un miembro del Comité Ejecutivo hablará con el cliente.

7.4. En un marco de 30 días a partir que reciba la petición por escrito, el Comité Ejecutivo publicará una decisión por escrito con información respecto a la opción de apelar al presidente de la Junta con copias al

7.4.1. El expediente del cliente

7.4.2. El archivo de quejas de la agencia

7.4.3. La Directora Ejecutiva

7.4.4. El/la cliente/a

8. Súplica al presidente de la Junta.

8.1. En un marco de 30 días de la decisión por parte del Comité Ejecutivo, el/la cliente/a puede apelar decisión del Comité pasando una petición por escrito al presidente de la Junta

8.2. El Presidente revisará el reporte solamente

8.3. En un marco de 30 días a partir que se reciba una petición por escrito, el presidente publicará una decisión por escrito notificando que la decisión es final y no hay mas soluciones viables, con copia al

8.3.1. Expediente del cliente

8.3.2. El archivo de quejas de la agencia

8.3.3. Directora Ejecutiva

8.3.4. El/a cliente/a

HIV Alliance

Política respecto a queja del cliente

Política de Suspensión/Terminación

1. Me han dado una copia de la política respecto a quejas de parte de clientes.
2. Me han dado una copia política respecto a la suspensión y terminación de clientes.
3. Me han otorgado la oportunidad de aclarar cualquier duda acerca de estas.
4. Sé que la política respecto a quejas de parte de clientes está disponible para los clientes de HIV Alliance.
5. Sé que los empleados de HIV Alliance están disponibles para contestar mis preguntas que yo pueda tener en un futuro.
6. Sé que si tengo una queja con alguien de la agencia tengo derecho a seguir la política respecto a quejas de parte de clientes tal y como aparece en el paquete de admisión.
7. Tengo entendido que el director de servicios al cliente puede suspender o cancelar los servicios que reciba debido a las circunstancias expuestas la política respecto a la suspensión /terminación.

Firma de Cliente

Fecha

He provisto al cliente con copia de la política respecto quejas y a la suspensión/terminación de clientes.

Firma del Coordinador

Fecha

Nombre de Cliente

No. de identificación del cliente

The Alliance
Ryan White Care Coordination Center
1966 Garden Ave, Eugene, OR 97403
541-342-5088 or 1-866-935-9663, Fax 541-342-1150

Derechos y responsabilidades del cliente

Derechos del cliente

Los individuos que soliciten o los clientes inscritos en el Programa de Administración de Casos de VIH tienen los siguientes derechos:

- Recibir servicios de administración de casos de VIH sin discriminación con base en la raza, color, sexo, género, etnia, nacionalidad, religión, edad, clase, orientación sexual, habilidad física o mental.
- Recibir información sobre los servicios y opciones disponibles en el Programa de Administración de Casos de VIH.
- Que los registros de los servicios de administración de casos de VIH y otros programas se mantengan en confidencialidad de conformidad con OAR capítulo 943, división 14.
- Tener acceso a un proceso de reclamación por escrito proporcionado por la agencia.
- Recibir servicios de asistencia de idiomas incluyendo acceso a servicios de traducción e interpretación, sin ningún costo si el individuo o cliente tiene una habilidad limitada en el idioma inglés, a fin de poder acceder a los servicios de administración de casos de VIH.

Responsabilidades del cliente

Se espera que un cliente inscrito en el Programa de Administración de Casos de VIH haga lo siguiente:

- Participar en las actividades de selección, evaluación, desarrollo e implementación del plan de cuidado;
- Proporcionar información precisa sobre la elegibilidad en todo momento;

- Informar al administrador del caso sobre los cambios en la dirección, número de teléfono, ingresos, tamaño de la familia, cambio en el nombre legal o cobertura del seguro de la salud en un plazo de 15 días;

Entiendo la información que se presenta arriba y he recibido una copia para mis registros.

Participante	Fecha	Administrador del caso	Fecha
--------------	-------	------------------------	-------

Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconocimiento de Recibo

Este aviso de prácticas de privacidad le dice cómo la Alianza puede usar su información de divulgación acerca de usted. No todas las situaciones serán descritas. La Alianza es requerida de avisarle de nuestras prácticas de privacidad para la información que es colectada y que mantenemos sobre usted.

Yo, (escriba su nombre en letra molde)

_____, he sido dado una copia del
Aviso de Prácticas de Privacidad de la Alianza y he tenido la oportunidad de preguntar acerca de
como la información sera utilizada.

Firma del Cliente

Fecha

Persona l legal o representante del client, si es applicable

Relación con el cliente

Por favor tenga este documento completado y firmado por el individuo que recibirá el Aviso de Prácticas de Privacidad. Ponga este documento en el expediente del cliente.

Nombre de Cliente _____

No. del Cliente _____

Descripción del Programa

Entiendo que estoy siendo invitado/a a participar voluntariamente en la programa de RWCA que propone ayudar con la planificación y la gestión de mi salud en relación a mi infección del VIH. Como participante, tengo como beneficios tener acceso a información y servicios dentro de la comunidad. La intención de este programa es mejorar el acceso a servicios y ayudar con las decisiones que deben tomar las personas infectadas con el VIH. Entre ellas están las cuestiones financieras, el acceso a servicios de salud y asuntos de cuidado a largo plazo. Son estos algunos de los servicios que puedo recibir a través del programa. Como resultado de mi participación en este programa, la información acerca de mi condición física y social que pertenecen a mi infección del VIH será documentada y evaluada periódicamente. Información acerca de mi acceso a servicios médicos, sociale, y comunitarios serán documentados en la base de datos de casos VIH. La información será utilizada en reportes de finanzas, por mi médico, y por HIV Alliance con el propósito de determinar la calidad y la rentabilidad de la atención, así como la eficacia de la sistema respecto al cuidado de personas que viven con VIH.

Confidencialidad

Todos datos obtenidos para este programa será confidenciales y mi privacidad será protegida. Ningún reporte, excepto los de mi médico, me identificará de ninguna manera. Cualquier otra información no podrá ser accedida o publicada sin mi permiso escrito.

Participación Voluntaria

Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria. Puedo retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi cuidado médico o los beneficios a los tengo derecho.

Consenso

He leído la descripción anterior del programa y la entiendo. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy consentimiento a participar voluntariamente en el programa descrito.

Firma de Cliente

Fecha

Firma de empleado

Fecha

HIV ALLIANCE POLICIAS Y PROCEDIMIENTOS

Depto.: Servicio de Clientes

Tema: Terminación de Servicios

Página 1 de 1

Efectivo: Junio 2005

Policia: Servicio de Clientes tiene el derecho de terminar la administración de cuidados con los clientes en las situaciones necesarias. Terminación se hará de acuerdo con los Estándares de Manejo de Casos de VIH del Estado de Oregon y OAR 333-022-2110. No terminación de servicios ocurrirá sin aprobación del Director de Programas y el Director de Servicios de Clientes. Terminación de servicios solo ocurrirá como último recurso y solo cuando otras soluciones hayan sido agotadas. Documentación de los eventos previos y que rodean la terminación se trazaran en el archive del cliente por el gerente de caso involucrado y el Director de Servicios de Cliente.

La Regla Administrativa de Oregon Declara:

333-022-2110

Termination

(1) Un cliente matriculado en el Programa de Gerentes de Casos de VIH puede ser terminado del programa por cualquiera de las siguientes razones:

- (a) Falta de continuar cumpliendo los requisitos de elegibilidad;
- (b) Colocación en un centro de custodia por más de 180 días, como una cárcel del estado o federal que está legalmente obligada a proveer servicios médicos;
- (c) No puede ser localizado o no responde a las solicitudes del programa por más de 60 días;
- (d) Presentación información falsa, fraudulenta o fácil de malinterpretar para obtener o retener beneficios;
- (e) Uso fraudulento de servicios de apoyo; o
- (f) Violaciones consistentes de las responsabilidades delineadas en OAR 333-022-2070 que han sido documentadas.

(2) Si una agencia propone terminar a un individual del programa, debe notificar al individual por escrito, y el individual debe ser informado de sus derechos de audiencia por ORS 183.415. Una apelación debe ser presentada a las autoridades locales o del Estado para acordar una audiencia

Stat. Auth.: ORS 413.042, 431.250, 431.830

Stats. Implemented: ORS 431.250, 431.830

Clientes que son terminados por uso inapropiado de los fondos de la Alianza de VIH descritos en (1)(d) y (1)(e) pueden aplicar de nuevo a los servicios de la Alianza de VIH después de un periodo de 60 días. Uso fraudulento de fondos proveídos por nuestros programas asociados, como OHOP, pueden resultar en terminación.

Si terminado, los archivos de papel y CAREWare serán cerrados. En el caso de terminación, el cliente no será elegible para los servicios proveídos por el Programa de Servicios de Clientes en la Alianza de VIH. Cuando servicios son terminados el personal de Gerentes de Casos pueden solicitar que el cliente complete ciertos pre-requisitos para poder ser elegibles nuevamente para servicios. Esto debe ser documentado por escrito.

En cuanto una ocurrencia de cualquiera de los comportamientos explicados el Gerente de Servicios de Clientes debe ser informado inmediatamente y participara en la investigación necesaria. En el caso de terminación, el cliente será informado por el Gerente de Servicios de Clientes verbalmente si es posible y por escrito en todo

los casos. Si el cliente también aprovecha los servicios del Programa de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon (OHOP), el Coordinador de Vivienda será informado sobre las condiciones y causa de la terminación.

Cientes que son terminados tienen el derecho a presentar una queja con la Alianza de VIH. Esta queja debe ser presentada dentro de 15 días desde la terminación. Cientes serán notificados de este derecho y proveídos con la forma de quejas en el momento que reciben su notificación de terminación.

Si el proceso de quejas no resuelve el problema, clientes tienen el derecho a una audiencia como esta descrito en la Regla Administrativa de Oregon 333-022-2120:

Audiencias.

Un cliente que ha sido terminado tiene el derecho a una audiencia de casos impugnados en conformidad con ORS capitulo 183.

Stat. Auth.: ORS 413.042, 431.250, 431.830

Stats. Implemented: ORS 431.250, 431.830

Procedimientos:

1. Una vez consiente de mal uso o uso fraudulento de fondos, robo o amenazas, el personal de Servicios de Clientes debe notificar al Gerente de Servicios de Clientes.
2. Una vez consiente de mal uso o uso fraudulento de fondos, robo o amenazas, el personal debe completar un Formulario de Informe de Incidentes de la Alianza de VIH y enviarlo al Gerente de Servicios de Clientes, Director del Programa y el Director Ejecutivo.
3. El resto del personal será notificado del incidente según sea necesario en orden de asegurar la seguridad y/o reunir información necesaria para tratar con la situación.
4. El Director del Programa y el Gerente de Servicios de Clientes puede entrevistar al personal o el cliente para conseguir la información necesaria para tratar con la situación.
5. En el caso de terminación, el Director del Programa notificara al cliente de la decisión verbalmente si es posible, y en escrito en todos los casos.
6. Cientes serán notificados en escrito y tienen el derecho a presentar una queja con la Alianza de VIH. Si la respuesta a la queja no resuelve el problema del cliente, será informado de sus derechos de audiencia por OAR 333-022-2120.
7. Gerentes de Casos y otro personal relacionado serán notificados de la decisión de terminar los servicios.
8. En caso de terminación, el archivo será removido del archivador activo y cerrado en CAREWare.
9. En caso de matricula doble con OHOP, personal solicitara que el cliente informe al Coordinador de Viviendas de la terminación dentro de 7 días. Si el cliente es incapaz o reacio de hacerlo, el personal notificara al Coordinador de Viviendas inmediatamente después del periodo de 7 días.

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Programa de Atención y Tratamiento del VIH

Importante: Información sobre coordinación de la atención

El Programa de Atención y Tratamiento del VIH de la Autoridad de Salud de Oregón (*Oregon Health Authority* u OHA) coordina varios programas que ayudan a las personas afectadas por el VIH/SIDA a recibir tratamiento médico y otros servicios de asistencia relacionados con el VIH.

Si usted es cliente de alguno de los siguientes programas, también es cliente del Programa de Atención y Tratamiento del VIH de la OHA:

- CAREAssist (Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA de Oregón).
- Administración de casos financiada por el Programa Ryan White, parte B (a través del gerente local de su caso de VIH), que consiste en asistencia financiera y servicios administrados por el estado.
- Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón (*Oregon Housing Opportunities in Partnership* u OHOP).

Cuando usted participa en alguno de estos programas, nosotros recopilamos los siguientes datos sobre usted, entre otros:

- Información médica: condición del VIH, fechas de visitas al médico y resultados de análisis de laboratorio. Datos de contacto: nombre(s), dirección(es) y número(s) de teléfono.
- Datos demográficos: edad, raza y etnia.
- Fuentes y montos de ingresos, activos o ayuda financiera.
- Participación en nuestros programas y otros programas de asistencia de su comunidad, con las notas del caso en las que se describe su cooperación con el gerente de su caso de VIH, con el coordinador de vivienda de OHOP y con su trabajador de CAREAssist.
- Evaluaciones del gerente de su caso: información sobre salud mental, abuso de drogas ilegales, comportamientos de riesgo para el VIH y apoyo social.
- Sus necesidades continuas y su nivel de satisfacción con nuestros programas y servicios.

También verificamos los datos que usted nos da solicitando información de otras fuentes, tales como:

- Otros programas de la OHA y del Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services* o DHS), tales como los programas de asistencia coordinados por la División de Ancianos y Discapacitados (SPD), la División de Niños, Adultos y Familias, y la División de Salud Pública.

- El Departamento de Empleo de Oregón: salarios e ingresos que usted declaró o compensación que recibió a través del Centro de Seguro por Desempleo.
- El Departamento de Automotores de Oregón, para verificar su dirección actual.
- Otras fuentes de información disponibles al público o fuentes específicas de información que usted nos haya autorizado a contactar por escrito.

Usamos estos datos para:

- Determinar si usted reúne los requisitos para participar en nuestros programas y otros programas de asistencia en su comunidad.
- Proporcionarle la asistencia que ofrecen los programas (administración de casos de VIH, asistencia para vivienda de OHOP, pago de primas de seguro de salud y copagos para medicamentos).
- Representarlo cuando usted necesite conseguir alimentos, transporte, vivienda, asistencia financiera u otros programas de servicio social que tenga derecho a recibir. Esto significa que podemos ponernos en contacto con diferentes agencias en su nombre para ayudar a coordinar los servicios. Sin embargo, nunca revelaremos ni su condición de VIH ni otra información protegida sobre salud sin su consentimiento por escrito.
- Ofrecerle derivaciones a otros tipos de asistencia disponibles en su comunidad.
- Evaluar nuestros programas, mejorar los servicios y comprender sus necesidades.
- Intentar comunicarnos con usted cuando usted deje nuestros programas o no podamos encontrarlo para hacer un seguimiento.
- Presentar los informes requeridos por las agencias que financian nuestro programa, tales como la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los EE.UU. (*U.S. Health Resources and Services Administration* o HRSA) y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. (*U.S. Department of Housing and Urban Development* o HUD).

La participación en el Programa de Atención y Tratamiento del VIH es voluntaria. Usted puede cancelar su participación en estos servicios en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre esta información, comuníquese con el Programa de Atención y Tratamiento del VIH al 971-673-0144 o al 1-800-805-2313.