

*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:

<b>Sección A</b>	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: _____		

<b>Sección B</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.			

<b>Sección C</b>	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
--------------	-------	------------------------	-------

## 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. HIVAlliance 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 procedim- entos 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.

Otro 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.

## **POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE HIV ALLIANCE**

**Dpto.:** Para todos los departamentos

**Asunto:** Reclamaciones de clientes

**Pág. 1 de 4**

**Entrada en vigor: 30/04/02, revisada en 2016, revisada en 2024**

### **Política:**

Los clientes tendrán derecho a presentar una reclamación, solicitar que los responsables de la agencia investiguen y revisen la reclamación, solicitar el dictamen de la agencia sobre una reclamación y recurrir en caso de que el dictamen no sea satisfactorio.

HIV Alliance no tomará represalias contra los reclamantes por presentar una reclamación, por ser entrevistados en una reclamación o por prestar testimonio. Entre las represalias se incluyen, entre otras, la desestimación o el acoso, la limitación de los servicios, salarios o prestaciones o amoldar los servicios o la evaluación de rendimiento en base a sus actos. Asimismo, HIVA eximirá al reclamante de toda responsabilidad civil o penal con respecto a la presentación o participación en una reclamación de buena fe.

### **Propósito:**

HIV Alliance se toma muy en serio las reclamaciones de los clientes. Los procedimientos permitirán la comunicación y oportunidad plenas para la resolución de las reclamaciones, además de fomentar la resolución informal de problemas.

### **Procedimientos:**

1. Reclamación del cliente
  - 1.1. La queja verbal de un cliente será suficiente para iniciar el proceso de reclamación
  - 1.2. Los voluntarios deberán remitir **inmediatamente** las quejas y reclamaciones del cliente al personal correspondiente
  - 1.3. El personal que tenga conocimiento de una queja deberá preguntar al cliente **inmediatamente** si desea presentar una reclamación
  - 1.4. En caso afirmativo, el personal preguntará al cliente si desea cumplimentar personalmente una hoja de reclamaciones o si prefiere que el personal lo haga en su nombre
    - 1.4.1. Si el personal cumplimenta la hoja de reclamaciones en nombre del cliente, este deberá fechar y firmar el formulario para confirmar la exactitud de la información
  - 1.5. El personal le explicará **inmediatamente** el proceso de reclamación
  - 1.6. La hoja de reclamaciones deberá documentar la siguiente información:
    - 1.6.1. ¿Cómo podemos contactar con usted?  
(Nombre/domicilio/teléfono/lugar donde dejarle un mensaje)
    - 1.6.2. Verificación exacta de la reclamación: quién, qué, cuándo, dónde
    - 1.6.3. Pregunta sobre la resolución deseada por el cliente



- 1.6.4. Fecha y firma del cliente para confirmar la exactitud de la información
  - 1.7. Si el cliente opta por no presentar una reclamación, el personal documentará la queja en un informe de incidentes (consulte la política y el procedimiento del informe de incidentes)
2. Fin de la relación con el cliente
  - 2.1. En caso de que interrumpamos los servicios de HIVA para un cliente, este tendrá la oportunidad de presentar una reclamación
  - 2.2. Se proporcionará al cliente la política y el formulario de reclamaciones tras notificársele por escrito la interrupción de sus servicios
  - 2.3. Los clientes deberán presentar su reclamación en un plazo de 15 días a contar desde la fecha de interrupción de los servicios
  - 2.4. Si el proceso completo de reclamación disponible en HIV Alliance no resuelve el problema, el cliente tiene derecho a presentar la cuestión ante un tribunal en virtud del capítulo 183 de los Estatutos Reformados de Oregón.
    - 2.4.1. La notificación por escrito de la resolución definitiva a la reclamación incluirá el siguiente texto:

"Tiene derecho a presentar la cuestión ante un tribunal según lo dispuesto por la Ley de Procedimientos Administrativos (capítulo 183 de los Estatutos Reformados de Oregón). Si desea presentar la cuestión ante un tribunal, deberá cumplimentar un [Formulario de solicitud de procedimiento administrativo \(MSC 0443\)](#) en un plazo de 15 días a contar desde la fecha de la carta de respuesta a su reclamación. Puede contactar con la Oficina de Estado de Oregón o remitir por correo su solicitud de procedimiento a las siguientes Oficinas de Oregón:  
Oficina de atención y tratamiento para el VIH en 800 NE Oregón St. #1105 Portland, OR 97232; o por fax a 503-673-0177  
Salud conductual: llame a la Oficina de Salud Conductual de la Autoridad de Salud de Oregón en 1-800-273-0557. Si no se recibe su solicitud en el plazo establecido, se entenderá que renuncia a su derecho al procedimiento."
    - 2.4.2 La notificación por escrito incluirá asimismo la información de contacto de la Oficina de Derechos de Discapacidad de Oregón: [www.droregon.org](http://www.droregon.org), 511 SW 10th Ave Ste 200, Portland, OR 97205, (503) 243-2081; y la información de contacto de la Oficina de Defensa del Ciudadano (GAO por sus siglas en inglés): [gao.info@odhs.oregon.gov](mailto:gao.info@odhs.oregon.gov), teléfono [503-945-6904](tel:503-945-6904)

3. Notificación al personal correspondiente
  - 3.1. Se notificará al personal correspondiente de la agencia **en un plazo de 3 días hábiles tras la presentación de la reclamación**
    - 3.1.1. Si presenta la reclamación directamente ante un miembro del personal, este entregará una copia de la hoja de reclamaciones a su supervisor, quien notificará al director ejecutivo
    - 3.1.2. Si presenta la reclamación ante un supervisor, este notificará al personal correspondiente y al director ejecutivo
    - 3.1.3. Si presenta la reclamación ante el director ejecutivo, este notificará al personal correspondiente y a los supervisores
4. Reconocimiento de la reclamación e inicio del proceso de reclamación
  - 4.1. **En un plazo de 5 días hábiles tras la presentación de la reclamación**, se archivarán copias por escrito de la hoja de reclamaciones en
    - 4.1.1. el fichero del cliente
    - 4.1.2. el fichero de reclamaciones de la agencia
  - 4.2. **En un plazo de 5 días hábiles tras la presentación de la reclamación**, el supervisor contactará con el cliente en persona, por teléfono o por escrito para
    - 4.2.1. reconocer la reclamación presentada
    - 4.2.2. dar al cliente una copia de la hoja de reclamaciones
    - 4.2.3. explicarle la política y los procedimientos de reclamación y entregarle una copia de dicha política
    - 4.2.4. Dar al cliente la opción de resolver el problema de manera informal o formal, fomentando la resolución informal
    - 4.2.5. Agendar una reunión, en un plazo de 30 días, para la resolución informal o formal, o indicar al cliente su disponibilidad horaria para que escoja una fecha para la reunión informal o formal
    - 4.2.6. **En las situaciones en las que el tiempo normal de respuesta a la reclamación sea muy prolongado y ello suponga un riesgo para la persona reclamante, nuestra política consiste en acelerar el proceso. En tales circunstancias, el director del programa o el director ejecutivo responderán por escrito en un plazo de 48 horas. Si considera que este es su caso, asegúrese de solicitar la resolución anticipada e indique los motivos por los cuales el tiempo de respuesta normal no sería suficiente.**
  - 4.3. Si se envía una carta, se archivarán las copias en
    - 4.3.1. el fichero del cliente
    - 4.3.2. el fichero de reclamaciones de la agencia
  - 4.4. Si el supervisor habla con el cliente en persona o por teléfono, el supervisor documentará la información del punto 3.2 anterior y archivará las copias en
    - 4.4.1. el fichero del cliente
    - 4.4.2. el fichero de reclamaciones de la agencia
5. Resolución informal
  - 5.1. Se recomienda la resolución informal y el cliente tiene la opción de

escoger

- 5.2. Si el cliente desea mantener una reunión informal, se pospondrá la reunión formal hasta que se completen las negociaciones informales.
  - 5.3. Si al cliente no le interesa la resolución informal, siga el procedimiento a continuación para concertar una reunión formal
  - 5.4. La resolución informal significa que el cliente puede reunirse con el personal y los supervisores involucrados para intentar resolver el problema
  - 5.5. La reunión tendrá lugar **en un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud verbal o escrita de resolución informal**, salvo que este solicite una extensión del plazo
  - 5.6. Si se resuelve el problema, **en un plazo de 5 días** el supervisor redactará un informe por escrito, y archivará y enviará copias
    - 5.6.1. en el fichero del cliente
    - 5.6.2. en el fichero de reclamaciones de la agencia
    - 5.6.3. al director ejecutivo
    - 5.6.4. al cliente
  - 5.7. Si no se resuelve el problema, la reclamación se resolverá mediante resolución formal
6. Resolución formal
- 6.1. La reunión para la resolución formal tendrá lugar **en un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud verbal o escrita de resolución formal**
  - 6.2. El supervisor reunirá a las partes involucradas y les explicará el procedimiento de resolución formal, el dictamen y los posibles recursos al mismo
  - 6.3. Todas las partes tendrán la oportunidad de explicar su versión y presentar la información relevante a la reclamación
  - 6.4. El supervisor podrá hacer preguntas para completar y aclarar la información
  - 6.5. El supervisor podrá solicitar información adicional y prolongar la reunión a otra fecha y hora
  - 6.6. El supervisor podrá emitir dictamen verbal o por escrito o dar tiempo para la consideración
  - 6.7. **En un plazo de 5 días tras la reunión formal**, el supervisor emitirá su dictamen por escrito, que incluirá una notificación sobre la posibilidad de recurrir el mismo ante el director ejecutivo, y archivará y enviará copias
    - 6.7.1. en el fichero del cliente
    - 6.7.2. en el fichero de reclamaciones de la agencia
    - 6.7.3. al director ejecutivo
    - 6.7.4. al cliente

7. Recurso ante el director ejecutivo
  - 7.1. **En un plazo de 30 días tras el dictamen del supervisor**, el cliente podrá recurrir el mismo mediante solicitud por escrito al director ejecutivo.
  - 7.2. El director ejecutivo entrevistará a las partes correspondientes por teléfono o en persona
  - 7.3. El director ejecutivo podrá optar por reunir a todas las partes en una sesión posterior
  - 7.4. **En un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud de recurso por escrito**, el director ejecutivo emitirá su dictamen por escrito, que incluirá una notificación sobre la posibilidad de recurrir el mismo ante el comité ejecutivo, y archivará y enviará copias
    - 7.4.1. en el fichero del cliente
    - 7.4.2. en el fichero de reclamaciones de la agencia
    - 7.4.3. al director ejecutivo
    - 7.4.4. al cliente
8. Recurso ante el comité ejecutivo de la junta directiva
  - 8.1. **En un plazo de 30 días tras el dictamen del director ejecutivo**, el cliente podrá recurrir el mismo mediante solicitud por escrito al comité ejecutivo
  - 8.2. El comité ejecutivo consultará el expediente, consistente en
    - 8.2.1. La hoja de reclamaciones del cliente
    - 8.2.2. Toda la correspondencia relativa a la reclamación, los dictámenes y la documentación relevante que conste en el fichero de reclamaciones de la agencia
  - 8.3. Un miembro del comité ejecutivo hablará con el cliente
  - 8.4. **En un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud de recurso por escrito**, el comité ejecutivo emitirá su dictamen por escrito, que incluirá una notificación sobre la posibilidad de recurrir el mismo ante el presidente de la junta, y archivará y enviará copias
    - 8.4.1. en el fichero del cliente
    - 8.4.2. en el fichero de reclamaciones de la agencia
    - 8.4.3. al director ejecutivo
    - 8.4.4. al cliente
9. Recurso ante el presidente de la junta
  - 9.1. **En un plazo de 30 días tras el dictamen del comité ejecutivo**, el cliente podrá recurrir el mismo mediante solicitud por escrito al presidente de la junta
  - 9.2. El presidente solo consultará el expediente
  - 9.3. **En un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud de recurso por escrito**, el presidente emitirá su dictamen por escrito, que indicará que no existen más vías de recurso, y archivará y enviará copias
    - 9.3.1. en el fichero del cliente
    - 9.3.2. en el fichero de reclamaciones de la agencia
    - 9.3.3. al director ejecutivo
    - 9.3.4. al cliente



## 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

# Política de rescisión de los servicios de atención al cliente de HIV Alliance

**Asunto:** Finalización de los servicios

**Página 1 de 3** Efectivo: Junio de 2005

Revisado: Noviembre de 2007, octubre de 2015

Marzo de 2018, marzo de 2024

**Intención:** El compromiso del cliente es nuestra prioridad en HIV Alliance. Para ello es necesario tener en cuenta a cada cliente, su experiencia vital, su situación actual y su identidad. La intención de HIV Alliance es apoyar la participación de los clientes de manera significativa y limitarla solo como último recurso.

**Política:** El Servicio de Atención al Cliente tiene derecho a rescindir la relación de gestión del caso con el cliente en situaciones que lo requieran. La rescisión se realizará siempre de conformidad con las Normas de gestión de casos de VIH del estado de Oregón y la OAR 333-022-2110. No se pondrá fin a los servicios sin la aprobación del Director Ejecutivo y del Director de Cuidados. La rescisión de los servicios solo se producirá como último recurso y únicamente cuando se hayan agotado todas las demás soluciones posibles. La documentación de los acontecimientos que condujeron a la rescisión y los relacionados con ella deberá ser consignada en el expediente del cliente por el gestor del caso implicado y el Director de Cuidados.

*La norma administrativa de Oregón establece lo siguiente:*

333-022-2110

<https://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASES/CONDITIONS/HIVSTDVIRALHEPATITIS/HIVCARETREATMENT/Pages/Oregon-Administrative-Rule.aspx#Termination>

*(1) Un cliente inscrito en el Programa de Gestión de Casos de VIH puede ser dado de baja del programa por cualquiera de los siguientes motivos:*

- (a) No seguir cumpliendo los requisitos de elegibilidad;*
- (b) Ingreso en una institución penitenciaria durante más de 180 días, como una prisión estatal o federal que esté legalmente obligada a prestar servicios médicos;*
- (c) No puede ser localizado o no responde a las solicitudes del programa durante más de 60 días;*
- (d) Presentar información falsa, fraudulenta o engañosa para obtener o conservar prestaciones;*
- (e) Uso fraudulento de servicios de apoyo; o*
- (f) Infracciones reiteradas y documentadas de las responsabilidades descritas en la OAR 333-022-2070.*

*(2) Si una agencia propone excluir a una persona del programa, debe notificárselo por escrito, y se le debe informar de sus derechos de audiencia según los ORS 183.415.*

*Debe presentarse un recurso ante la autoridad local o estatal para organizar la audiencia. Aut.: Estad.: ORS 413.042, 431.250, 431.830*  
*Estad. Implementada: ORS 431.250, 431.830*  
333-022-2120

## *Audiencias*

*Un cliente al que se le ha rescindido el contrato tiene derecho a una audiencia de caso impugnado de conformidad con el capítulo 183 de los ORS.*

*Aut.: Estad.: ORS 413.042, 431.250, 431.830*  
*Estad. Implementada: ORS 431.250, 431.830*

*«Tiene derecho a una audiencia según lo dispuesto en la Ley de Procedimientos Administrativos (capítulo 183, Estatutos Revisados de Oregón [ORS]). Si desea una audiencia, debe cumplimentar un formulario de solicitud de audiencia administrativa (MSC 0443, <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/me0443.pdf>) en un plazo de 15 días a partir de la fecha de la carta de respuesta a la reclamación. Puede enviar su solicitud de audiencia por correo a 800 NE Oregon St. #1105 Portland, OR 97232 o por fax al 503-673-0177. Si su solicitud no se recibe en el plazo establecido, se considerará que ha renunciado a su derecho a una audiencia.»*

Los clientes a los que se les haya rescindido el contrato por hacer un uso indebido deliberado de los fondos de HIV Alliance, tal y como se describe en los apartados (1)(d) y (1)(e), o por infracciones documentadas de forma sistemática, tal y como se describe en el apartado (1)(f) anterior, podrán volver a solicitar los servicios de HIV Alliance tras un periodo de 60 días. El uso fraudulento de los fondos proporcionados a través de nuestros programas asociados, por ejemplo, OHOP, también puede dar lugar a la rescisión.

Los clientes a los que se les haya rescindido el contrato tienen derecho a presentar una queja ante HIV Alliance. Los clientes deben presentar esta queja en un plazo de 15 días a partir de la rescisión. Se podrán conceder prórrogas según sea necesario, a discreción del director o responsable del programa. Se informará a los clientes de este derecho y se les proporcionará el formulario de reclamación cuando reciban la notificación de rescisión, además de ofrecerles ayuda para completarlo.

#### **Apoyo al compromiso con el cliente:**

Cuando los clientes no cumplen con sus responsabilidades como tales (descritas en el documento de Derechos y Responsabilidades revisado y firmado, y actualizado anualmente), el equipo de atención evaluará los factores desencadenantes del cliente teniendo en cuenta su historial conocido, su identidad y su experiencia vital, y considerará posibles adaptaciones para apoyar la participación del cliente. El cliente participará en este proceso y tendrá la oportunidad de explicar su historia. Las adaptaciones podrían incluir la reasignación de los gestores de casos, ofrecer mayor flexibilidad en cuanto a horarios y lugares de reunión, utilizar otros medios de comunicación y otras opciones. Parte de este proceso incluirá la evaluación por parte del gerente de las necesidades del personal, incluyendo la formación adicional o el apoyo necesario para continuar trabajando con el cliente. En la medida de lo posible, resolveremos los problemas con el cliente para continuar prestando los servicios de la agencia.

El personal documentará estos intentos y los resultados.

#### **Procedimientos:**

1. Cuando se tenga conocimiento de un uso indebido o fraudulento de los fondos, robo o amenazas, el personal del programa de Atención al Cliente deberá notificarlo al gerente o director del departamento del programa de Atención al Cliente.
2. Cuando se tenga conocimiento de un uso indebido o fraudulento de los fondos, robo o amenazas, el personal deberá completar un formulario de informe de incidentes de HIV Alliance y enviarlo al Gestor del Programa, al Director Ejecutivo y al Director del Programa.
3. Se notificará el incidente al resto del personal según sea necesario para garantizar la seguridad o recopilar la información necesaria para abordar la situación.
4. El director del programa y el gestor del programa entrevistarán al personal y al cliente para recabar la información necesaria para abordar la situación.
5. El Director del Programa y el Gestor del Programa entrevistarán al personal y al cliente para recabar la información necesaria para abordar la situación.
6. En caso de rescisión, el Director del Programa notificará la decisión al cliente verbalmente si es posible y por escrito en todos los casos.

7. Los clientes serán notificados por escrito de su derecho a presentar una queja ante HIV Alliance. El cliente también será notificado de sus derechos de audiencia según la OAR 333-022-2110. HIV Alliance hará todo lo posible por explicar verbalmente estos documentos al cliente siempre que sea posible. Estos documentos y su explicación verbal se proporcionarán en el idioma que prefiera el cliente. Esto se hará con el fin de promover el acceso equitativo de los clientes a la comprensión plena de la rescisión y de sus derechos a apelar y a una audiencia, ya que algunos clientes pueden tener dificultades con la claridad de la visión, la comprensión lectora o la recepción de correo.
8. Siempre que sea posible, se proporcionarán al cliente recursos adicionales para satisfacer sus necesidades y recibir apoyo fuera de HIV Alliance.
9. La decisión de poner fin a los servicios se notificará al personal del programa y al resto del personal relacionado.
10. En caso de rescisión, los historiales físicos y electrónicos del cliente se cerrarán de acuerdo con el proceso de cierre estándar de su programa.
11. En caso de doble inscripción en OHOP, el personal del programa informará al Coordinador de Vivienda de la baja en un plazo 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.**