



Consentimiento para Recibir Servicios

La red de Atención Comunitaria de Better Health Together (Community Care Hub) brinda atención a personas en los condados de Ferry, Stevens, Pend Oreille, Spokane, Lincoln y Adams, así como en las Reservas de la tribu Kalispel, la tribu Spokane y las reservas confederadas de Colville de la Reserva de Colville. Nuestro objetivo es conectarlo con la atención que mejor se adapte a sus necesidades, ya sea ayudándole a navegar sistemas de salud complejos, superar barreras como el acceso al idioma o encontrar recursos esenciales para sus necesidades diarias.

Al firmar este formulario, usted nos autoriza a conectarle con un(a) coordinador(a) de atención de una de nuestras organizaciones asociadas de confianza, quien podrá brindarle el apoyo básico, médico y cultural adecuado para usted.

La Red de Atención Comunitaria requiere su autorización por escrito para poder brindarle servicios. Si decide firmar este formulario, podremos proporcionarle servicios a través de la Red de Atención Comunitaria, así como también recopilar y utilizar su información personal y de salud (“Información”) necesaria para brindarle dichos servicios.

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Que información recolectamos y usamos?

Información suya y de otras fuentes	Este formulario cubre, sin restricción, toda la información que recibamos de: <ul style="list-style-type: none">• Usted y su familia.• Proveedores de servicios, como su equipo de atención y cualquier otra persona involucrada en su cuidado.
Diferentes tipos de información	La información que se puede recopilar y utilizar, incluye sin limitación: <ul style="list-style-type: none">• Su nombre y datos de contacto• Los nombres y datos de contacto de familiares y cuidadores. Esto solo se hará con su permiso y si usted provee la información para contactarlos.• Los servicios que recibe por parte de los proveedores de servicios• Su fecha de nacimiento, género, raza, origen étnico, afiliación/ inscripción tribal.• Detalles como su seguro médico y cualquier necesidad que pueda tener como ingresos, empleo o vivienda.• información de atención médica que puede estar protegida por leyes de privacidad estatales, tribales y federales, como información sobre sus proveedores médicos, condiciones de salud, necesidades de salud y metas.



Firma

Al firmar a continuación usted acepta que:

- Ha leído este formulario o alguien se lo ha leído.
- Entiende los términos de este formulario.
- Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Al firmar, usted acepta recibir servicios de nuestra Red de Atención Comunitaria según se describe en este formulario.

Firma: _____

Fecha: _____

Si la firma no es del cliente, por favor escriba el nombre de esa persona y su relación con el cliente.

Nombre: _____

Relación con el cliente: _____

Por favor, consulte la siguiente página para la autorización para compartir información.



Authorizacion para Compartir Informacion

Better Health Together proporciona un medio para que se comparta información entre BHT y los proveedores de servicios que colaboran con la organización (“Proveedores de Servicios”), con el fin de coordinar la atención que se brinda. Estos Proveedores de Servicios incluyen organizaciones de servicios sociales, comunitarias, gubernamentales (tribales, estatales y locales), de salud física y de salud conductual.

Better Health Together y los Proveedores de Servicios solicitamos su autorización por escrito para compartir su Información. Compartir su Información nos permite coordinar mejor su atención y ayudarle a tener un mejor acceso a los servicios y apoyos que necesita para mantenerse saludable.

Si decide firmar este formulario, Better Health Together y cada Proveedor de Servicios podrán compartir su Información para:

- Conocer mejor sus necesidades
- Coordinar su atención
- Brindarle servicios.

Nuestro objetivo es proteger su privacidad. Le recomendamos revisar nuestra [Política de Privacidad](#), donde se explica qué Información se recopila, cómo se utiliza, comparte y protege, y cuáles son sus derechos.

¿Quién recibirá mi información si firmo?

Proveedores de Servicios

Su información será compartida con nuestros [Proveedores de Servicios](#). Podemos agregar nuevos Proveedores de Servicios a nuestra lista en cualquier momento. Los Proveedores de Servicios:

- aceptan acceder y compartir únicamente la Información necesaria para brindarle servicios.
- están obligados a proteger su Información, incluso si ya no está protegida por las leyes de privacidad aplicables.

Solo compartiremos su afiliación tribal inscripción tribal con Proveedores de Servicios aprobados por el Comité de Naciones Indígenas.

Al final de este formulario, usted puede elegir dar su autorización (o no) para compartir información sobre temas sensibles, como atención médica, salud mental, uso de sustancias e información sobre VIH/SIDA.

Nuestros Proveedores de Tecnología

Nuestros proveedores de tecnología también tendrán acceso a su Información, pero únicamente en la medida necesaria para operar, mejorar o reparar la tecnología que utilizamos para proteger y compartir su Información.



¿Por qué se compartirá mi información?

Para contactarlo o brindarle servicio Podemos compartir su información con Proveedores de Servicios para:

- comunicarse con usted
- ayudar a los proveedores a brindarle, coordinar o referirlo a servicios
- identificar los servicios disponibles para usted

También podemos compartir su información con salud pública para monitorear y mejorar la salud de nuestra comunidad.

Para mejorar nuestro trabajo y ayudar a financiarlo A veces podemos combinar su información con la de muchas otras personas. Al agrupar la Información de esta manera, se puede analizar o utilizar mientras se protege su privacidad. Una vez combinada, no será posible identificarle.

Después de que su Información se combine con la de otras personas para proteger su privacidad, podrá usarse para:

- evaluar qué tan efectivos son nuestros servicios
- mejorar nuestros servicios
- ayudar a otros a conocer nuestro trabajo
- apoyar nuestras solicitudes de financiamiento
- reportar a las organizaciones que financian nuestro trabajo.

Podemos seguir utilizando su Información de estas maneras después de que su autorización haya vencido, pero no si usted la cancela.

¿Cuándo vence esta autorización?

Vence después de dos años A menos que lo cancele antes, este formulario vence dos años después de la fecha en que lo firme.

Cancelar en cualquier momento Puede cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelarla:

- envíe un aviso a nuestra Oficina de Privacidad por correo electrónico privacyofficer@betterhealthtogether.org

Si cancela, solo afectará el uso futuro de su información. No afectará la información ya compartida conforme a este formulario.

Autorización para compartir Información sensible

Necesitamos su autorización especial para compartir ciertos tipos de Información sensible. Esta Información puede estar protegida por leyes de privacidad estatales, tribales y federales.



Usted puede decidir.

- Si da su autorización, esta información sensible será compartida solo nosotros y los Proveedores de Servicios según lo descrito en este formulario.
- Si no da su autorización, igualmente tendrá acceso a los servicios.

Doy mi autorización para compartir información sobre diagnósticos y tratamientos de salud.

- Sí
 No

Doy mi autorización para compartir información sobre diagnósticos y tratamientos de salud mental.

- Sí
 No

Doy mi autorización para compartir información sobre diagnósticos y tratamientos relacionados con el uso de alcohol y drogas.

- Sí
 No

Autorizo compartir información sobre pruebas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

- Sí
 No

Al firmar a continuación usted acepta que:

- Ha leído este formulario o alguien se lo ha leído.
- Entiende los términos de este formulario.
- Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Al firmar, usted acepta recibir servicios de nuestra Red de Atención Comunitaria según se describe en este formulario.

Firma: _____

Fecha: _____

Si la firma no es del cliente, por favor escriba el nombre de esa persona y su relación con el cliente.

Nombre: _____

Relación con el cliente: _____