

Guía para la renovación del OHP

Use esta guía a modo de ayuda para completar la parte 2 del formulario de Renovación del Plan de Salud de Oregon (*Oregon Health Plan* o OHP).

Contenido

Introducción	2
Paso 1.....	4
Paso 2.....	7
Paso 3.....	8
Paso 4.....	9
Paso 5.....	11
Paso 6.....	11
Paso 7.....	11
Recuperación de la Masa Hereditaria	13
Estatus de inmigración elegible	14
Tipo y número de identificación del documento de inmigración	15
Aviso sobre las prácticas de privacidad de la OHA.....	17

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, Braille o en un formato que usted prefiera. Llámenos al 1-800-699-9075. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.



PARA EMPEZAR

Consejos para completar la renovación

- Firme el formulario de renovación antes de enviarlo.
- Escriba legiblemente.
- Cheque sus respuestas dos veces.
- Cerciórese de responder a todas las preguntas obligatorias.
- Escriba todas las fechas empleando el formato correcto. Por ejemplo, *MM/DD/AAAA*.
- Jamás utilice “?” como respuesta.

¿Necesita ayuda para completar el formulario de renovación?

Hay socios comunitarios capacitados en todo el estado que pueden ayudarlo a completar el formulario de renovación. La ayuda es gratuita.

Visite OregonHealthCare.gov para hallar socios comunitarios que pueden ayudarlo a presentar la solicitud.

Llámenos al 1-800-699-9075 (TTY, para personas con problemas auditivos, 711) para obtener ayuda o pedir la lista de socios comunitarios de su área. También puede solicitar ayuda en otro idioma.

¿Quiénes integran su grupo familiar?

Debe proporcionarnos información sobre su persona y sobre las demás personas en su grupo familiar. Las personas en su grupo familiar, pueden ser:

- Usted.
- Su cónyuge (esposo/a) ante la ley.
- Sus hijos. Incluya a los menores de todas las edades que declara como dependientes en sus impuestos.
- La pareja con la que usted vive si tienen un hijo juntos.
- Cualquier otra persona que usted incluya en su declaración de impuestos federales sobre la renta, incluso si dicha persona no vive con usted.

Importante: ¿Vive con usted alguna persona que no esté incluida en la lista anterior? Si dicha persona desea cobertura médica, debe completar una solicitud por separado.

Personas que están separadas de sus cónyuges

¿Está usted separado de su cónyuge y no sabe cómo su cónyuge presentará sus impuestos? Incluso si en el pasado presentó la declaración de impuestos como “persona casada que presenta una declaración conjunta”, responda estas preguntas sobre impuestos de la manera en que presentará sus impuestos de este año. Si no presentará una declaración de impuestos propia, infórmenos al respecto.

Si sabe que su cónyuge lo incluirá en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos, usted y su cónyuge comparten un grupo de declaración tributaria. En el formulario de renovación, debe incluir a toda persona que forme parte de su grupo de declaración tributaria.

Necesitamos la información sobre los ingresos de todas las personas de su grupo de declaración tributaria. Las personas que son parte de su grupo de declaración tributaria pero no de su grupo familiar, no tendrán acceso a la información de su caso.

PARA EMPEZAR

¿Dónde puedo encontrar mi número de identificación del caso?

Su número de identificación del caso aparece en la carta adjunta a este paquete. Lo encontrará en el recuadro de la primera página:

Importante: Este es su número de identificación del caso: **XXXXXX**

Por favor, escriba este número en cualquier documento que nos envíe. Sin el número de caso, podrían ocurrir demoras.

¿Cuándo sabré si reúno los requisitos?

Le diremos si reúne los requisitos para el OHP en cuanto podamos tomar una decisión. Si el formulario de renovación está incompleto, es posible que no podamos tomar una decisión. Le enviaremos una carta si necesitamos más información. Responda nuestra solicitud tan pronto como sea posible.

Si no recibe respuesta nuestra en un plazo de **45 días**, puede solicitar una audiencia. Para hacer esto, use el formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa (MSC 0443). Puede encontrar dicho formulario en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me0443.pdf>. También puede llamarnos para obtener una copia del formulario.

¿Tiene una necesidad médica urgente o está embarazada? De ser así, podemos procesar el formulario de renovación más rápidamente. Asegúrese de completar la pregunta 2 de la primera página del formulario de renovación. Si ya ha enviado el formulario de renovación, puede llamarnos al 1-800-699-9075 (TTY 711).

PASO 1

En el paso 1, proporciónenos información acerca de toda persona que:

- **Usted vaya a agregar a su grupo familiar.** Esta sería una persona que no está incluida en la carta. Por ejemplo, contrajo matrimonio o tuvo un bebé en algún momento después de presentar la solicitud para el OHP el año pasado.
- **Usted retira de su grupo familiar.** Esto significa que desea retirar a una persona de su grupo familiar que está incluida en la carta. Por ejemplo, se divorció en algún momento después de presentar la solicitud para el OHP el año pasado.
- **Forma parte de su grupo familiar en este momento, pero que actualmente no recibe beneficios.** Esto significa que dicha persona está incluida en la carta, pero actualmente no recibe los beneficios del OHP. Por ejemplo, cuando presentó la solicitud para el OHP el año pasado, solicitó cobertura únicamente para sus hijos y, ahora, usted también desea recibir los beneficios del OHP.

1. ¿Está agregando o eliminando a alguien de su grupo familiar o está solicitando beneficios para alguien en su grupo familiar que actualmente no está recibiendo beneficios?

Consulte la página 2 para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar.

3. Si esta persona está solicitando cobertura de OHP, ¿tiene número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés)?

Es opcional proporcionar un SSN si no está solicitando cobertura, pero proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de aplicación. Toda persona que solicite cobertura médica debe presentar su SSN si lo tiene.

Si necesita ayuda para obtener un SSN, llámenos al 1-800-699-9075 (TTY 711).

8. ¿Está esta persona embarazada?

Si no sabe la fecha de parto de esta persona, indique su mejor pronóstico o estimación de cuándo dará a luz. Si sabe cuántos bebés espera esta persona, indique el número. Si no lo sabe, deje el espacio en blanco y nosotros determinaremos su elegibilidad en base a "1". Si la fecha de parto o el número de bebés que espera cambiasen, llámenos para hacérselo saber. Llámenos al 1-800-699-9075 (TTY, para personas con problemas auditivos, 711).

11. ¿Es esta persona indígena estadounidense o indígena de Alaska?

Por indígenas norteamericanos o nativos de Alaska se entiende uno de los siguientes:

- Un miembro de una tribu, banda o grupo indígena reconocidos por el gobierno federal.
- Un esquimal o aleutiano u otro indígena de Alaska registrados por la Secretaría del Interior bajo la Ley de Liquidación de Reclamaciones de Nativos de Alaska (*Alaska Native Claims Settlement Act*), 43 U.S.C. 1601.
- Una persona que la Secretaría del Interior considera indígena para cualquier fin.

Consulte otras reglas especiales para los indígenas norteamericanos o indígenas de Alaska:

- Paso 1, pregunta 16 de la página 5.
- Paso 4, pregunta 3 de la página 10.

14. ¿Tiene esta persona un estatus de inmigración elegible?

Si esta persona no es ciudadano o natural de los Estados Unidos, es posible que de todas maneras reúna los requisitos para el OHP. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a determinar los beneficios para los cuales es elegible.

Use la lista de la página 14 de la presente guía para contestar la pregunta sobre el estatus de inmigración elegible. Si la condición de esta persona está incluida en la lista, marque “SÍ”.

Nota: La lista de la página 14 debe usarse solamente como guía. Esta persona puede ser elegible para servicios de emergencia, incluso si su estatus de inmigración no está incluido en la lista de la página 14. Si esta persona no tiene un estatus de inmigración elegible o es indocumentada, es posible que de todas maneras sea elegible para servicios de emergencia. Los servicios de emergencia incluyen costos relacionados con el embarazo y el parto.

16. Indique qué organización de cuidado coordinado (CCO, por sus siglas en inglés) elige esta persona

Una organización de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés) es una red de proveedores de atención médica como médicos, dentistas y consejeros en su área. Estos proveedores trabajan juntos para asegurarse de que su atención se concentre en usted.

Si desea ver una lista de las CCO del área donde usted vive y obtener más información sobre ellas, ingrese a OHP.Oregon.gov.

Si esta persona es miembro de una tribu y no elige una CCO, recibirá cobertura mediante una tarjeta abierta hasta que elija inscribirse en una CCO. Si esta persona no es miembro de una tribu, se le seleccionará una CCO según la zona en que vive.

Tarjeta abierta o “pago por servicio” significa que esta persona puede consultar a cualquier proveedor que acepte a miembros del Plan de Salud de Oregon.

Consejos para elegir una CCO

- Llame al médico o a la clínica con los que esta persona se atiende actualmente (si es que los tiene). Pregunte qué CCO aceptan.
- Averigüe si los proveedores de la CCO quedan cerca de la zona en que vive esta persona.
- Ubique las CCO indicadas para la zona de esta persona. Llame a las CCO o visite sus páginas Web para informarse qué médicos, enfermeros especialistas, clínicas, hospitales, farmacias, dentistas y proveedores de atención para la salud mental participan en la CCO.
- Los números de teléfono y las direcciones de los sitios web de cada CCO están disponibles en línea, en OHP.Oregon.gov.
- Llame al departamento de atención al miembro de la CCO para informarse de las reglas para ir a ver a un especialista.

Información tribal

Los indígenas norteamericanos, nativos de Alaska y las personas que tienen acceso a cuidados médicos en clínicas indígenas de atención médica (*Indian Health Services*) pueden optar por inscribirse en una CCO (de estar disponible). Si se inscriben en una CCO, podrán seguir atendiéndose en clínicas indígenas de atención médica, programas urbanos para indígenas (*Urban Indian Programs*) o centros de bienestar tribal (*Tribal Health Clinics*).

Por indígenas norteamericanos o nativos de Alaska se entiende uno de los siguientes:

- Un miembro de una tribu, banda o grupo indígena reconocidos por el gobierno federal.
- Un esquimal o aleutiano u otro indígena de Alaska registrados por la Secretaría del Interior bajo la Ley de Liquidación de Reclamaciones de Nativos de Alaska (*Alaska Native Claims Settlement Act*), 43 U.S.C. 1601.
- Una persona que la Secretaría del Interior considera indígena para cualquier fin.

Si esta persona satisface alguna de las definiciones de arriba y desea inscribirse en una CCO, debe indicar la CCO que desea.

Medicare

Si esta persona tiene cobertura de Medicare, no tiene que inscribirse en una CCO. Esta persona puede solicitar que se cambie su inscripción a una tarjeta abierta en cualquier momento. Asegúrese de que el proveedor también acepte la cobertura de Medicare, ya que Medicare es el pagador principal, antes del OHP. Sírvase llamarnos al 1-800-699-9075 (TTY 711) si tiene cualquier pregunta sobre esto.

PASO 1

17. Cuidador principal

Esta persona puede reunir los requisitos para el OHP si es el cuidador primario de un menor de 19 años de edad que no es su propio hijo. El menor debe vivir con esta persona y tener un parentesco. El cuidador primario es el principal responsable del cuidado del menor.

18. Facturas médicas impagas

¿Tiene esta persona alguna factura médica de los últimos tres meses para la cual necesite asistencia con el pago? De ser así, esta persona podría reunir los requisitos para el OHP, para ayudarle a pagar dichas facturas, hasta los tres meses previos a la presentación de su solicitud.

Por facturas médicas se entiende la cantidad que debe pagar por:

- Visitas al médico y al dentista;
- Audífonos, anteojos u otros suministros médicos duraderos;
- Medicamentos recetados por un médico;
- Visitas al hospital;
- Primas, cuotas, pagos compartidos, deducibles y otros pagos relacionados con un seguro médico;
- Transporte a citas médicas.

Nota: El OHP solo puede pagar a los **proveedores** por servicios médicos. El OHP no puede reembolsarle a esta persona el monto de las facturas que ya haya pagado.

21/22/23. Preguntas relativas a discapacidades

Algunas personas con discapacidades son elegibles para una cobertura de salud mayor. Si esta persona recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income* o SSI) o Medicare, o si es mayor de 65 años, el programa de Ancianos y Personas con Discapacidades (*Aging and People with Disabilities* o APD) o la Agencia del área sobre el envejecimiento (*Area Agency on Aging* o AAA) podrían enviarle información sobre otros beneficios.

PASO 2

Responda esta pregunta en el paso 2 para las personas incluidas en la lista de la carta sobre la parte 1 del formulario de Renovación del OHP.

1. ¿Ha cambiado su domicilio?

Si su dirección particular ha cambiado, proporciónenos el nuevo domicilio, de tenerlo. Asegúrese de incluir el código postal. Necesitamos el código postal de su domicilio para asegurarnos de inscribirle en un plan de salud que preste servicios en su zona.

De no tener una dirección domiciliaria, indique el estado, el código postal y el condado en los que pasa la mayor parte del tiempo.

2. ¿Ha cambiado su dirección postal?

Si su dirección postal ha cambiado, proporciónenos la nueva dirección, de tenerla.

Indique una dirección postal si:

- Usted no recibe su correspondencia en su domicilio; o
- No tiene una dirección particular; o
- Tiene inquietudes de seguridad, incluida la violencia doméstica.

Nota: Su dirección postal puede ser cualquier dirección en la que pueda recibir correspondencia. Esta podría ser la dirección de un amigo, un familiar, una organización, etc.

5. ¿Está embarazada alguna de las personas en su grupo familiar?

Si no sabe la fecha de parto, indique su mejor estimado de cuándo dará a luz. Si sabe cuántos bebés espera, indique el número. Si no lo sabe, deje el espacio en blanco y nosotros determinaremos su elegibilidad en base a "1". Si su fecha de parto o el número de bebés que espera cambiasen, llámenos para hacérselo saber.

10. ¿Le gustaría cambiar su Organización de Cuidado Coordinado (CCO, por sus siglas en inglés)?

Puede cambiar de CCO al momento de renovar su cobertura.

Si desea ver una lista de las CCO del área donde usted vive y obtener más información sobre ellas, ingrese a OHP.Oregon.gov.

Consejos para elegir una CCO

- Llame al médico o a la clínica con los que se atiende actualmente (de tenerlos). Pregunte qué CCO aceptan.
- Averigüe si los proveedores de la CCO quedan cerca de la zona en que vive.
- Llame a la CCO o visite su sitio web para informarse qué médicos, enfermeros practicantes, clínicas, hospitales, farmacias, dentistas y proveedores de atención de salud mental participan en la CCO.
- Llame al departamento de atención al miembro de la CCO para informarse de las reglas para ir a ver a un especialista.

Nota: Si usted es indígena estadounidense o nativo de Alaska, o tiene cobertura de Medicare, puede inscribirse en una CCO, cambiar de CCO o retirarse de una CCO en cualquier momento.

PASO 3

1. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que necesite declarar un cambio en su situación tributaria O está agregando usted a alguien a su grupo familiar?

Consulte la página 2 de esta guía para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar.

Un cambio incluye cualquier cosa que sea diferente de lo que nos haya dicho antes. Por ejemplo: alguien que declaraba impuestos como casado y de forma conjunta ahora lo hace como soltero; incluir a más o a menos dependientes en su declaración de impuestos que antes; alguien a quien solía incluirse como dependiente en la declaración de impuestos ya no lo es.

No podemos contestar preguntas específicas sobre cómo debe llenar sus formularios de impuestos. Para tratar preguntas sobre cómo llenar las declaraciones de impuestos, visite [IRS.gov](https://www.irs.gov) o consulte con un profesional tributario.

¿Está usted separado de su cónyuge y no sabe cómo su cónyuge presentará sus impuestos?

¿Está usted separado de su cónyuge y no sabe cómo su cónyuge presentará sus impuestos? Incluso si en el pasado presentó la declaración de impuestos como “persona casada que presenta una declaración conjunta”, responda estas preguntas sobre impuestos de la manera en que presentará sus impuestos de este año. Si no presentará una declaración de impuestos propia, infórmenos al respecto.

Si sabe que su cónyuge lo incluirá en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos, usted y su cónyuge comparten un grupo de declaración tributaria. En la solicitud, debe incluir a toda persona que forme parte de su grupo de declaración tributaria.

PASO 4

En el paso 4, necesitamos que usted indique ingresos por un empleo, ingreso por trabajo a cuenta propia, otros ingresos gravables y los tipos de deducciones que usted declare en su declaración de impuestos federales.

Necesitamos la información sobre los ingresos de todas las personas de su grupo familiar. Consulte la página 2 de esta guía para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar. Si no agrega a ninguna persona a su grupo familiar y sus ingresos/deducciones no han cambiado desde que presentó la solicitud el año pasado, responda “No” a las preguntas del paso 4.

IMPORTANTE: Envío de comprobantes

Los comprobantes de ingresos que nos envíe junto con el formulario de renovación nos ayudarán a procesar su información más rápidamente. Envíe comprobantes si:

- Sus ingresos cambiaron en los dos últimos meses o si tiene previsto que cambiarán en los siguientes treinta días.
- Trabaja por su cuenta.

Si no envía el comprobante y lo necesitamos, le enviaremos una carta de seguimiento.

Si el monto que figura en el comprobante que nos envía no corresponde al monto que indica en el paso 4, indique el motivo. Por ejemplo, “Mi recibo de sueldo es del mes pasado y ahora trabajo menos”, o bien “Soy trabajador por cuenta propia y el mes pasado tuve más trabajo”.

Para cada comprobante de ingresos que envíe, indique el nombre y la fecha de nacimiento de la persona que recibió los ingresos.

1. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar un cambio a sus ingresos gravables por un empleo O está añadiendo a alguien a su grupo familiar que recibe dinero gravable de un empleo?

Indique cuánto dinero usted y los demás miembros de su grupo familiar reciben de empleos. Consulte la página 2 de esta guía para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar.

Indique ingresos “brutos” —el monto recibido **antes** del descuento de los impuestos u otras deducciones. Si la cantidad de salario cambia de una semana a otra, ingrese la cantidad que espera ganar en el mes, o bien, ingrese la cantidad que ganará en base al promedio de horas que trabaja actualmente.

Ejemplos de los comprobantes que puede enviar: los recibos de sueldo más recientes o una carta de su empleador.

2. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar algún cambio a su trabajo por cuenta propia O está añadiendo a alguien a su grupo familiar que reciba dinero por un trabajo por cuenta propia?

Indique cuánto dinero usted y los demás integrantes de su grupo familiar reciben actualmente del trabajo por cuenta propia. Consulte la página 2 de esta guía para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar.

Indique el monto “bruto” —el monto que ganó **antes** del descuento de todos los costos del negocio. Puede leer más acerca del trabajo por cuenta propia, las utilidades y los costos que pueden descontarse en [IRS.gov/individuals/self-employed](https://www.irs.gov/individuals/self-employed). Envíe comprobantes de cualquier cambio en el trabajo por cuenta propia.

Ejemplos de los comprobantes que puede enviar:

- Formularios de declaración de impuestos. Se aceptan declaraciones de impuestos del año anterior. Por ejemplo, si todavía no ha declarado sus impuestos de 2015, puede enviarnos los formularios de su declaración de impuestos de 2014 (que presentó en 2015). Si sus ingresos del año pasado son distintos a los de este año, incluya una nota que indique el porqué. Por ejemplo: “Este año tuve menos clientes.”
- Copias de registros de contabilidad, copias de contratos, copias de contratos laborales y de recibos de ventas.
- Facturas, si indican la fecha en la que su negocio recibió pagos.
- Calendarios en los que se haya escrito las cantidades de dólares que recibió el negocio en las fechas respectivas.
- Declaraciones escritas a mano de sus clientes en las que indiquen la cantidad que le pagaron o las fechas específicas de los pagos.

PASO 4

3. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar un cambio a su otro ingreso gravable que no sea de un trabajo o trabajo por cuenta propia O está agregando a alguien a su grupo familiar que reciba otro ingreso gravable que no sea de un empleo o trabajo por cuenta propia?

Indique los ingresos que usted y cualquier otro integrante de su grupo familiar reciben actualmente de otras fuentes que no sean un empleo. Consulte la página 2 de esta guía para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar.

No incluya *mantención infantil, ingresos por crianza temporal, pagos a veteranos, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families o TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income o SSI).*

Ingresos tribales gravables – Si bien los tipos de ingresos tribales que se indican a continuación podrían no ser contabilizados para determinar la elegibilidad para el Plan de Salud de Oregon, usted debe incluir dicho ingreso en esta sección y decirnos qué tipo de ingreso tribal es. Incluya:

- Los pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías (sin incluir los pagos per cápita de casinos)
- Los pagos de recursos naturales, explotación agrícola, ganadería, pesca, alquileres o regalías de terrenos indígenas en fideicomiso designados como tal por el Departamento del Interior (incluidas las reservas indígenas y las exreservas indígenas)
- Dinero proveniente de la venta de artículos con significado cultural

Nota: Si usted recibe ingresos de una tribu a manera de pago per cápita de un casino, ingrese dichos ingresos y escriba "Pagos per cápita por parte de casinos" para "Otro tipo de ingresos".

Ejemplos de los comprobantes que puede enviar: recibos de sueldo, cartas de concesión u otro comprobante por escrito.

4. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP o alguien que esté añadiendo a su grupo familiar que reciba ingresos de Beneficios del Seguro Social (*Social Security Benefits o SSB*) o beneficios del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (*Social Security Disability Insurance o SSDI*)?

Indique los ingresos que usted y cualquier otro integrante de su grupo familiar reciben actualmente de los Beneficios del Seguro Social (SSB) o del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI). Indique los montos gravables y no gravables. Consulte la página 2 de esta guía para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar.

Ejemplos de los comprobantes que puede enviar: recibos de sueldo, cartas de concesión u otro comprobante por escrito.

5. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar un cambio a las deducciones que reclaman en su declaración de impuestos federales u otras deducciones permitidas O está agregando a alguien a su grupo familiar que reclama una deducción permitida?

Indique las deducciones que usted y cualquier otro integrante de su grupo familiar reclamarán en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos. Consulte la página 2 de esta guía para obtener información sobre qué personas incluir en su grupo familiar.

En general, si se reclama un crédito en la declaración de impuestos federales sobre la renta, no se puede descontar como gasto en el mismo año gravable también. Visite www.irs.gov para informarse más al respecto.

Las deducciones incluyen, por ejemplo, pensión alimentaria pagada; intereses de préstamos estudiantiles; gastos del educador; matrícula y cuotas de una escuela; e ingresos por condición de indígena estadounidense/nativo de Alaska.

No podemos contestar preguntas específicas sobre cómo debe llenar sus formularios de impuestos. Para preguntas sobre cómo llenar sus formularios de impuestos o qué deducciones/gastos se permiten, por favor visite www.irs.gov o hable con un especialista en preparación de impuestos.

PASO 5

Otra cobertura médica

1. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que haya tenido un cambio al seguro de salud (no la cobertura de OHP) con el que esté cubierto, o que se le haya ofrecido un cambio o se haya determinado que reúne los requisitos para un seguro de salud O está agregando a alguien a su grupo familiar que esté cubierto por un seguro de salud, o que se le haya ofrecido un seguro de salud o se ha determinado que es elegible para este?

Ejemplos de otras coberturas médicas:

- Un seguro de salud privado que usted u otra persona costean, incluidos los seguros ordenados por un tribunal;
- Un seguro actualmente o que pueda obtener a través de un empleador;
- Un seguro proporcionado por un padre ausente;
- Un seguro que recibe a manera de prestación de jubilación (tal como de las FF.AA.);
- Un seguro que recibe a través de un centro educativo;
- Cualquier tipo de seguro incluso si no tiene acceso a él en su zona de residencia;
- Beneficios de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Menores (*Children's Health Insurance Program* o CHIP) de otro estado.

PASO 6

Si tiene un empleador que ofrece cobertura médica, complete el paso 6. Si tiene preguntas sobre cómo llenar el formulario, comuníquese con su empleador.

Si algún miembro de su grupo familiar tiene cobertura a través de su empleador y se determina que es elegible para el OHP, el estado de Oregon podría reembolsarle a usted la parte de la prima que usted paga. Complete el paso 6 para que podamos determinar si podría reunir los requisitos para recibir el reembolso. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.

PASO 7

Al firmar la renovación, usted acepta todas las afirmaciones del Paso 7.

Usted tiene derecho a:

- Hacer preguntas sobre otros programas, pagos y servicios
- Hablar con una de las personas a cargo
- Pedir un recibo por los papeles que nos entregue
- Recibir una decisión sobre su elegibilidad en un plazo de 45 días
- Solicitar una apelación si no está de acuerdo con la decisión en el Aviso de elegibilidad que reciba
- 90 días a partir de la fecha que aparece en el Aviso de elegibilidad para solicitar una apelación. Para hacer esto, use el formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa (MSC 0443). Encontrará dicho formulario en Internet en: <https://apps.state.or.us/Forms/Served/ms0443.pdf> o llámenos para obtener una copia del formulario.
- Informar a los proveedores médicos que usted tiene otro seguro de salud. Los proveedores deberán facturar al otro seguro antes de facturar al OHP por la atención médica que usted reciba.
- Solicitar y utilizar cualquier otro tipo de beneficio o dinero para los cuales sea elegible. Esto también se aplica a las personas para las que usted solicite asistencia.
- Autorizar la divulgación de los expedientes de manutención infantil de sus hijos a la Autoridad de Salud de Oregon (*Oregon Health Authority* o OHA), en nombre del OHP, por parte del Departamento de Justicia y de la División de Manutención Infantil.
- Lo que usted le diga a la OHA se tratará de forma *privada* y *confidencial*. La OHA acatará el "Aviso de Prácticas de Privacidad" que se muestra al final de la presente guía.

¿NECESITA AYUDA? Llámenos al **1-800-699-9075**/TTY (para personas con problemas auditivos) 711.

De lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

SP OHP 9325 (Rev 08/16)

PASO 7

Cooperación con apoyo médico

Al aceptar asistencia médica, usted concede al Programa de Manutención Infantil de Oregon autoridad para exigir el cumplimiento de apoyo médico al padre/madre ausente (que no vive con el menor). Esto incluye colaborar con el Programa de Manutención Infantil para obtener apoyo médico en efectivo y cobertura médica del padre o madre ausentes para ayudar a cubrir los gastos médicos de su hijo.

Usted deberá ayudar al Programa de Manutención Infantil a ubicar al padre/madre ausentes a menos que exista una razón justificable por la cual no pueda hacerlo, tal como en el caso de violencia doméstica. Esto se denomina tener una excepción por “razón justificada”. Si deciden que usted tiene que cooperar con el Programa de Manutención Infantil para establecer o cobrar apoyo médico y usted no lo hace, podría perder la asistencia médica que recibe.

Para solicitar una “razón justificada” o si tiene preguntas sobre el concepto de “razón justificada”, llámenos al 1-800-699-9075 (TTY 711). Esto significa que su colaboración con el programa de manutención infantil representaría un peligro para usted o sus hijos.

Recuperación de la Masa Hereditaria

El Programa de Recuperación de la Masa Hereditaria (*Estate Recovery Program*) fue diseñado para los miembros que reciben servicios de atención a largo plazo. Conforme a dicho programa, cuando un beneficiario de Medicaid fallece, en ciertas circunstancias limitadas, la OHA recuperará de la masa hereditaria del miembro parte o el total del dinero que se gastó en los servicios de atención a largo plazo, apoyo y beneficios médicos. El dinero recuperado a través del Programa de Recuperación de la Masa Hereditaria se reinvierte en los programas de la OHA y del Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services* o DHS) para ayudar a otras personas.

Cómo funciona el programa– a partir del 1º de octubre de 2013 – *Para la atención brindada antes del 1º de octubre de 2013, comuníquese con la Unidad de Recuperación de la Masa Hereditaria.*

Si el miembro estuvo en un centro de convalecencia o centro de cuidados intermedios en el caso de las personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo, durante al menos los seis meses antes de su fallecimiento:

El Programa de Recuperación de la Masa Hereditaria procurará recuperar solamente los beneficios pagados al establecimiento donde vivió el miembro antes de que cumpliera 55 años.

Si el miembro recibía Medicaid para pagar parte o el total del costo de la atención a largo plazo:*

La recuperación de la masa hereditaria procurará recuperar **todos** los beneficios de atención de salud, incluidos los del OHP y el costo de la atención a largo plazo que se pagaron durante el tiempo en que el miembro recibió beneficios para pagar el costo parcial o total de la atención a largo plazo a partir de los 55 años de edad. Los beneficios del OHP podrían incluir servicios recibidos a manera de pago por servicio o mensualidades pagadas a una CCO.

* *La atención a largo plazo incluye centros tutelados, establecimientos de atención residenciales, hogares de cuidado temporal para adultos, atención domiciliaria, establecimientos de convalecencia, establecimientos de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo y otra atención a largo plazo similar.*

Medicare Parte D – Cobertura de medicamentos de venta con receta

El gobierno federal cobra a la OHA una mensualidad por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D en el caso de los miembros que reciben tanto OHP como Medicare. La OHA puede recuperar dicho monto de la masa hereditaria de dichos miembros. Los pagos realizados al gobierno federal a partir del 1 de enero de 2014 podrán recuperarse únicamente si el miembro tenía 55 años de edad o más al momento de realizarse los pagos.

Cónyuges supervivientes (sobrevivientes) e hijos

El Programa de Recuperación de la Masa Hereditaria no hará ninguna reclamación sobre la masa hereditaria hasta que el cónyuge sobreviviente fallezca. Cuando fallezca el cónyuge, la reclamación podrá presentarse sobre la masa hereditaria del cónyuge. El Programa de Recuperación de la Masa Hereditaria no recuperará de la masa hereditaria si el miembro deja tras su muerte un hijo menor de 21 años o un hijo de cualquier edad que sea ciego o que esté discapacitado de forma permanente y total. La discapacidad debe satisfacer los criterios de la Administración del Seguro Social como discapacidad permanente y total. El hijo debe ser hijo consanguíneo o adoptivo legalmente del beneficiario de Medicaid.

Para obtener información acerca de cómo las parejas de hecho del mismo sexo o los matrimonios entre personas del mismo sexo pueden verse afectadas por la recuperación del patrimonio sucesorio, llame a la Unidad de Recuperación de la Masa Hereditaria.

Exoneraciones por apuro económico

Toda persona que reciba bienes de la masa hereditaria del miembro puede pedirle a la OHA que la exonere de la recuperación de la masa hereditaria si reúne los requisitos de la exoneración por apuro económico. Se incluyen las instrucciones sobre cómo solicitar una exoneración por apuro económico en la información que la Unidad de Recuperación de la Masa Hereditaria envía cuando inicia el proceso de recuperación.

DHS Estate Administration Unit

PO Box 14021
Salem, OR 97301

1-800-826-5675 (llamada gratuita dentro de Oregon)
503-378-2884
Por fax: 503-378-3137 (Salem)

Estatus de inmigración elegible

- Residente permanente legal (*Lawful permanent resident* o LPR/tarjeta verde)
- Asilado
- Refugiado
- Cubanos o haitianos que ingresan a EE. UU.
- Permiso condicional para entrar a EE. UU.
- Ingreso condicional otorgado antes de 1980
- Cónyuge, hijo(a) o padre/madre maltratado
- Víctima de trata de personas y su cónyuge, hijo(a), hermano(a) o padre/madre
- Persona con estado no migratorio (incluidas las visas de trabajo, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas de Marshall, así como Palaos)
- Estado temporal amparado (*Temporary Protected Status* o TPS)
- Salida obligatoria aplazada (*Deferred Enforced Departure* o DED)
- Estado de acción aplazada (*Deferred Action Status*) [Acción aplazada para llegadas en la niñez (*Deferred Action for Childhood Arrivals* o DACA) no es un estatus de inmigración elegible para solicitar cobertura de salud]
- Ciertas personas con documento de permiso para trabajar
- Solicitantes del registro
 - Orden de supervisión
 - Solicitante para cancelar la expulsión o suspensión de deportación
 - Solicitante de legalización bajo IRCA
 - Solicitante de estado amparado temporal (*Temporary Protected Status* o TPS)
 - Legalización bajo la Ley LIFE
- Se otorgó aplazamiento de deportación o aplazamiento de expulsión, bajo las leyes de migración o bajo la Convención contra la Tortura (*Convention against Torture* o CAT)
- Solicitante:
 - Estado especial de inmigrante menor de edad (*Special Immigrant Juvenile Status*)
 - Ajuste del estado de Residente Permanente Legal con una petición de visa aprobada
 - Visa para víctimas de trata de personas
 - Asilo con autorización para trabajar o una persona menor de 14 años cuya solicitud de asilo ha estado pendiente durante por lo menos 180 días.
 - Aplazamiento de deportación o aplazamiento de expulsión, bajo las leyes de migración o bajo la Convención contra la Tortura (CAT) a quien se le ha otorgado autorización para trabajar o es una persona menor de 14 años y cuya solicitud de aplazamiento de deportación o de aplazamiento de expulsión bajo las leyes de inmigración o bajo la CAT ha estado pendiente durante por lo menos 180 días.
- Residente temporal legal
- El Departamento de Seguridad Nacional (*Department of Homeland Security* o DHS) le otorgó un aplazamiento administrativo de expulsión
- Miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal o indígena norteamericano nacido en Canadá
- Residente de Samoa Norteamericana

Para más documentos de inmigración elegibles o estados, consulte la página siguiente.

Tipo y número de identificación del documento migratorio

En la lista a continuación encontrará los tipos comunes de documentos y sus números de identificación. Si el documento que usted tiene no aparece en la lista, aún puede indicar el nombre del documento en la solicitud. Si no tiene toda la información, sátese las preguntas sobre el tipo de documento o el número de identificación del documento.

Si tiene este tipo de documento:	Indique lo siguiente para el número de identificación del documento:
Tarjeta de Residente Permanente, "tarjeta verde" (I-551)	Número de registro de extranjero Número de tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	Número de registro de extranjero
Documento de viaje para refugiado (I-571)	Número de registro de extranjero
Tarjeta de permiso para trabajar (I-766)	Número de registro de extranjero Número de tarjeta Fecha de vencimiento Código de categoría
Visa de inmigrante legible con máquina (<i>Machine Readable Immigrant Visa</i>) con lenguaje temporal de I-551	Número de registro de extranjero Número de pasaporte
Sello temporal de I-551 (en el pasaporte o I-94/I-94A)	Número de registro de extranjero
Registro de llegada/salida (I-94/I-94A)	Número de I-94
Registro de llegada/salida en pasaporte extranjero (I-94)	Número de I-94 Número de pasaporte Fecha de vencimiento País de expedición
Pasaporte extranjero	Número de pasaporte Fecha de vencimiento País de expedición
Certificado de elegibilidad para estudiantes no inmigrantes (I-20)	Identificación de SEVIS
Certificado de elegibilidad para visitantes de intercambio (DS2019)	Identificación de SEVIS
Aviso de acción (I-797)	Número de registro de extranjero o un número de I-94
Otro	Número de registro de extranjero o un número de I-94 Descripción del tipo o nombre del documento

Para más documentos de inmigración elegibles o estados, consulte la página siguiente.

Tipo y número de identificación del documento migratorio, continuación

También puede indicar estos documentos o situaciones:

- Miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal o indígena norteamericano nacido en Canadá (Nota: Esto se considera un estatus de inmigración elegible para Medicaid, pero no para un Plan de Salud Calificado (*Qualified Health Plan* o QHP).
 - Carta de elegibilidad de la Oficina de Reubicación de Refugiados (*Office of Refugee Resettlement* u ORR) (de tener menos de 18 años de edad)
 - Documento que indica la suspensión de la expulsión (remoción)
 - Orden administrativa que suspende la orden de expulsión expedida por el Departamento de Seguridad Nacional (*Department of Homeland Security* o DHS)
 - Certificación de la Oficina de Reubicación de Refugiados (*Office of Refugee Resettlement* u ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U.A.
 - Cubanos o haitianos que ingresan a EE. UU.
 - Residente de Samoa Norteamericana
-

**Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.**

El presente aviso describe la manera en que la información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y la manera en que usted puede acceder a dicha información. **Léalo con detenimiento.**

**Sus
derechos**

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Solicitar que la comunicación sea confidencial
- Pedirnos que restrinjamos la información que divulgamos
- Obtener una lista de las personas/entidades a quienes hayamos divulgado dicha información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

» **En la página 2**
hallará más información sobre estos derechos y sobre cómo ejercerlos

**Sus
opciones**

Tiene ciertas opciones respecto a la manera en que utilizamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos a preguntas —relativas a la cobertura— por parte de sus familiares y amigos
- Prestamos socorro en caso de desastre
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

» **En la página 3** *hallará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas*

El uso y la divulgación por parte nuestra

Podemos utilizar y divulgar su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de cuidado médico que usted recibe
- Manejamos nuestra organización
- Pagamos por los servicios médicos que usted reciba
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con aspectos de salud y seguridad públicas
- Realizamos investigaciones
- Acatamos la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboramos con un médico forense o con el director de una funeraria
- Respondemos a las solicitudes por parte del programa de indemnización por accidentes de trabajo, las fuerzas del orden y de otras entidades gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones judiciales

» **En las páginas 3 y 4** *hallará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas*

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted goza de ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y ciertas responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días de haberlos usted solicitado. Podríamos cobrarle una cuota razonable basada en el costo del fotocopiado.

Pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones si usted considera que están errados o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos denegar su solicitud, pero le comunicaremos el porqué, por escrito, en un plazo de 60 días.

Solicitar que la comunicación sea confidencial

- Puede pedirnos que le contactemos de una manera especial (por ejemplo, al teléfono de su vivienda u oficina) o que le enviemos correspondencia a otra dirección.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables y tendremos que acceder a dicha solicitud si usted nos dice que si no lo hacemos, correría peligro.

Pedirnos que restrinjamos lo que utilizamos o divulgamos

- Puede pedirnos que **no** utilicemos o divulguemos cierta información médica para el tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No tenemos la obligación de acceder a su solicitud y podemos decirle que no si su solicitud afectase el cuidado que recibe.

Obtener una lista de las personas/ entidades a quienes hayamos divulgado dicha información

- Puede pedirnos la lista (que rindamos cuentas) de las veces en que su información médica fue divulgada en los seis años previos a la fecha de su solicitud, así como a quién y el porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo las que se relacionen con el tratamiento, pago y operaciones de la atención médica y algunas otras divulgaciones (por ejemplo las divulgaciones que usted no indicó hacer). Le rendiremos cuentas una vez al año, de forma gratuita, pero le cobraremos una cuota razonable, basada en el costo, si usted nos pide otra lista en el mismo periodo de 12 meses.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedirnos una copia impresa del presente aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso de forma electrónica. Le facilitaremos la copia impresa sin demoras.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha dado a alguien un poder legal o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto a su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que procedamos.

Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados

- Puede quejarse si considera que sus derechos han sido violados. Para ello, emplee la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, llamando por teléfono al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que divulgamos. Si tiene alguna preferencia marcada sobre la manera en que divulgamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Divulguemos información a sus familiares, amigos íntimos y otras personas que participan en el pago de la atención que usted recibe
- Divulguemos información en un caso de socorro de desastre

Si usted no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo si ha perdido el conocimiento, podríamos divulgar su información si consideramos que es lo mejor para usted. Asimismo, podríamos divulgar su información cuando ésta sea necesaria para aminorar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

En estos casos, jamás divulgamos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Mercadeo
- La venta de su información
- La mayoría de los apuntes psicoterapéuticos

Los usos y las divulgaciones por nuestra parte

¿De qué manera solemos utilizar o divulgar su información médica?

En general, utilizamos o divulgamos su información médica de las maneras siguientes:

Ayudar a administrar el tratamiento médico que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla a los profesionales que le atienden.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.

Manejar nuestra organización

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla para manejar nuestra organización y contactarle cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido utilizar información genética para decidir si conceder o no cobertura médica y el costo de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de cuidado de largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos la información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por los servicios médicos que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla cuando pagamos por los servicios médicos que usted recibe.

Ejemplo: Divulgamos información sobre usted a su plan dental para coordinar el servicio dental que reciba.

Administrar su plan

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla al patrocinador de su plan de salud para fines de la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para que le proporcionemos a usted un plan de salud y nosotros le proporcionamos ciertos datos estadísticos a su compañía para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o divulgar su información médica?

Tenemos permitido o se nos exige divulgar su información de otras maneras, por lo general en maneras que contribuyen al bienestar público, tal como la salud pública y las investigaciones. Debemos reunir varios criterios exigidos por ley antes de poder divulgar su información para tales fines. Para obtener más información visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con aspectos de salud y seguridad públicas

- Podemos divulgar información médica sobre usted en ciertas situaciones, tal como para:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con la retirada de productos del mercado
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Denunciar sospechas de maltrato, abandono o violencia doméstica
 - Prevenir o aminorar una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Realizar investigaciones

- Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted en investigaciones sanitarias.

Acatar la ley

- Divulgaremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste desea revisar la información para cerciorarse de que estemos acatando la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un médico forense o el director de una funeraria

- Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted a organizaciones de obtención de órganos.
- Cuando fallezca la persona, podemos divulgar su información médica al médico forense, médico legista o director de una funeraria.

Responder a solicitudes del programa de indemnización por accidentes de trabajo, las fuerzas del orden o de otras entidades gubernamentales

- Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted:
 - En reclamaciones de indemnización por accidentes de trabajo
 - Para fines del cumplimiento de la ley o a un agente de las fuerzas del orden
 - A las agencias sanitarias de supervisión para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como servicios de protección militares, de seguridad nacional y presidenciales.

Responder a demandas legales y acciones judiciales

- Podemos divulgar información médica sobre usted como respuesta a una orden judicial o administrativa.

- I. La OHA puede utilizar o divulgar la información médica amparada (protected health information o PHI) de los formularios de inscripción para determinar los programas para los cuales usted es elegible o el tipo de cobertura que debe recibir.
- II. La OHA cumple con los requisitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluidas las leyes sobre el abuso de alcohol y drogas y su tratamiento, así como las leyes relacionadas con las afecciones de salud mental y su tratamiento.
- III. La OHA puede utilizar o divulgar los expedientes de abuso de sustancias únicamente si la persona o la empresa que recibe los expedientes tiene un contrato especial con la OHA.
- IV. Si la OHA divulga información a otra persona con la aprobación del paciente, la información no estará amparada por las reglas de privacidad y la persona que reciba la información podría no tener que proteger la información. Dicha persona podrá divulgar la información del paciente a otra persona sin la aprobación del paciente.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige que velemos por la privacidad y la seguridad de su información médica amparada.
- Le informaremos de inmediato si se produce alguna infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en el presente aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni divulgaremos su información a no ser de las maneras descritas en el presente aviso, a menos que usted nos indique, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, podrá cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de parecer, infórmenos al respecto por escrito.

Para obtener más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos del presente aviso

Podemos cambiar los términos del aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Puede solicitar el nuevo aviso desde nuestro sitio Web. Le enviaremos una copia por correo postal.

Aprobado por Suzanne Hoffman, COO 2-14-2014

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a la Autoridad de Salud de Oregon y a sus empresas socias, entre ellas el Departamento de Servicios Humanos de Oregon.

Para utilizar cualquier parte de los derechos de privacidad listados arriba, comuníquese con la oficina local de la OHA.

Para solicitar el presente aviso en otro idioma, letra grande, Braille o en otro formato, llame al 503-378-3486, envíe un fax al 503-373-7690 o marque 503-378-3523 (TTY, personas con problemas auditivos). Está disponible en inglés y ha sido traducido al español, ruso, vietnamita, somalí, árabe, birmano, bosnio, camboyano, coreano, laosiano, portugués y chino. También está disponible en letra grande y braille.

OREGON HEALTH AUTHORITY

Privacy Officer, 500 Summer Street NE, E-24,
Salem, OR 97301

Correo electrónico: dhs.privacyhelp@state.or.us

Teléfono: 503-945-5780

Fax: 503-947-5396