

ERC Programa de Desarrollo de Adultos Aplicación para admisión

Proporcione toda la información crítica sobre salud y seguridad para proporcionar una imagen precisa de la persona considerada para el ingreso. La retención de información crítica puede resultar en la negación de servicios o la cancelación de servicios para el individuo.

Su solicitud no está completa hasta que ERC reciba lo siguiente:

Solicitud y formulario de evaluación de necesidades de servicio

Una copia de sus tarjetas de seguro médico, PASSE, Medicare cualquier otra tarjeta de seguro privado (a menos que sea un pago privado)

Formulario ADDT prescripción servicios firmado por su medico

Un examen físico realizado en el último año (use nuestra forma o la que le den en la oficina del doctor)

Pruebas psicológicas: coeficiente intelectual y/o comportamiento adaptativo según la discapacidad del desarrollo

Una copia de su orden de tutela o poder legal, si corresponde

Una copia de la diploma de la escuela secundaria si es menor de 21 años.

Presentar toda la información requerida:

Por correo o en persona: Por fax:

Elizabeth Richardson Center 479-306-6819

ATTN: AD Case Manager ATTN: AD Case Manager

3917 S. Old Missouri Rd.

Springdale, AR 72764

Preguntas directas a:

Administradores de casos de AD al 479-365-6557 o 479-872-1800 (siga las indicaciones del menú para programas para adultos y luego administradores de casos). También puede continuar contactando al administrador con quien ya ha estado hablando.



ERC Programa de Desarrollo de Adultos Aplicación para admisión

El Programa de Desarrollo para Adultos en ERC ofrece capacitación de habilitación y habilidades preprofesionales en nuestras instalaciones de Life Skills para adultos de 18 años que hayan completado la escuela. Las personas mayores de 25 años o que hayan cumplido con los requisitos de elegibilidad adicionales también pueden recibir capacitación en nuestro taller en Richardson Industries.

No podemos proporcionar servicios de desarrollo para personas menores de 18 años, pero puede enviar su solicitud andes de cumplir 18 años. La admisión esta contingente en la elegibilidad, los fondos de determinación de ERC de que podemos satisfacer las necesidades del solicitante. Los solicitantes aprobados se colocaran en una lista de espera si no hay espacio disponible en el momento de la aprobación. El Personal de ERC le hablara si se solicita Información adicional oh preguntas inquietudes adicionales sobre la capacidad de ERC para atender al solicitante. Si tiene preguntas o necesita ayuda con la solicitud, llame a 479-872-1800 para hablar con un administrador de casos de adultos o comuníquese con el administrador de casos con el que ha hablado anteriormente sobre los servicios.

Su solicitud no está completa hasta que todos los documentos requeridos hayan sido enviados.

| Fecha de aplicación: | | | |
|--|---|--|--|
| <u>Aplicante</u> | | | |
| Nombre: | Fecha de nacimiento: Edad: | | |
| Dirección: | Número de teléfono: | | |
| | Lenguaje primario: | | |
| LOS SOLICITANTES QUE TIENEN MENOS DE 21 ANOS DEBEN ADJUNTAR UNA COPIA DE UN DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA O OTRA PRUEBA DE COMPLETACION DE LA ESCUELA. | | | |
| | | | |
| | DE LA ESCUELA. | | |
| COMPLETACION D | DE LA ESCUELA. | | |
| A quien debemos de contactar en relación con la solici | DE LA ESCUELA. tud? Relación con el aplicante: | | |
| A quien debemos de contactar en relación con la solici Nombre: | DE LA ESCUELA. tud? Relación con el aplicante: correo electrónico: | | |

Pago / Información de pago:

ERC debe tener la información completa necesaria para cobrar los servicios antes de que un nuevo cliente comience a ofrecer servicios. No hay ningún cargo para los clientes inscritos en un PASSE o con una categoría de Medicaid que cubre servicios. ERC no puede cobrar a otros seguros.

Los clientes también pueden pagar en forma privada en pago diario equivalente al pago que Medicaid paga por un día de servicios.

Los servicios futuros pueden suspenderse si ERC ya no puede cobrar debido a un problema como, entre otros, los siguientes:

- Un problema dentro de los sistemas informáticos de Medicaid o PASSE.
- Interrupción de la elegibilidad de Medicaid debido a la información solicitada para una reevaluación que no se envió al DHS o un problema con la información que está procesando el DHS.
- Necesidad de volver aplicar para otra categoría de Medicaid debido a un cambio en las circunstancias, como un cambio en el SSI o el tipo de beneficios del Seguro Social.
- DHS determina que el cliente ya no es elegible para Medicaid.
- Incumplimiento en el pago de los servicios según lo acordado si el pago es privado (por usted)

| Número de Medicaid: | |
|--|----------------------------------|
| PASSE Proveedor: | |
| PASSE Suscriptor ID #: | |
| PASSE Coordinador de atención si lo conoce: | |
| ERC debe recibir una autorización previa para proporcionar servicios A los clientes inscritos en un PASSE. | ADDT (Desarrollo para adultos) a |
| Numero de Medicare: | |
| Otra seguranza: | |
| PROPORCIONE UNA COPIA DE SU MEDICAID, PASSE, OTRA TARJETA DE SEGURO | • |
| Yo planeo pagar por los servicios. | |

NOTA: A lo largo de la solicitud, "usted" y "su" se refieren al solicitante.

| Información demográfica | |
|---|---|
| Sexo: Masculino Femenino | Número de Seguro Social: |
| Estado civil: | ¿Residente de Arkansas? SI NO |
| Raza: | ¿Ciudadano estadounidense? SI NO |
| Discapacidad / Servicios Solicitados | |
| Discapacidad del Desarrollo: | ☐ Autismo ☐ Paralasis Cerebral ☐ Epilepsia e Down |
| Otra Discapacidad: | |
| DE ESCALA COMPLETA DE 70 O M UNA EVALUACION DE COMPO | LUACION PSICOLOGICA QUE CONTINE UN IQ ENOS POR DISCAPACIDAD INTELECTUAL O RTAMIENTO ADAPTABLE PARA OTRAS DES DEL DESARROLLO. |
| Porque quieres participar en el Programa de De | esarrollo de Adultos en ERC? |
| Necesitas transportación? | |
| Quieres servicios en Life Skills o Richardson Ind | ustries? Y porque esa ubicación? |
| | |

SI USTED TIENE MENOS DE 25 ANOS Y DESEA SERVICIOS EN RICHARDSON INDUSTRIES DEBEMOS TENER DOCUMENTACION DE QUE ES ELEGIBLE QUE SE LE PAGUE UN SALARIO SUBMINIMO.

| Has estado en otro programa similar en el último año? Cual y porque cambiaste de servicio? | | |
|--|--|--|
| Que te gustaría lograr en el próximo año? | | |
| Que te gustaría lograr en los próximos 2-3 años? | | |
| Tutela legal | | |
| Ha designado un tribunal un tutor legal? Si No | | |
| Nombre del guardián: Relación: | | |
| Tienes un poder notarial? quién? | | |
| Tiene un Representante Beneficiario para administrar los beneficios? | | |
| Alguien te ayuda a tomar decisiones? quién? | | |
| AGREGAR UNA COPIA DE TUTELA LEGAL O PODER NOTARILA DE LA TUTELA. | | |
| Comunicación | | |
| Como se comunica? | | |
| Las personas que te conocen bien tienen algún problema para entenderte? Si No a veces | | |
| Las personas que no te conocen bien tienen problemas para entenderte? Si No a veces | | |
| Como dejas que la gente sepa lo que quieres? | | |
| Que tan bien entiendes lo que la gente te dice? | | |
| Que idioma se habla en casa? | | |
| Como sabe la gente que eres feliz? | | |

| Como sabe la gente que no estas feliz? |
|--|
| Lees y escribes? Que tan bien? |
| |
| Historia e información cultural |
| Cuál es su situación de vida? Quien vive en la casa? |
| |
| Si no vives en la casa familiar, ves a la familia? |
| |
| Hay dificultades en casa? |
| |
| Quienes son las otras personas importantes en tu vida? |
| Ha tenido algún evento/inquietud importante en su pasado, como abuso/negligencia, cambios |
| importantes en su familia, afecciones medicas graves, etc.? |
| |
| |
| Hay algo que debamos saber sobre su cultura, religión o tradiciones/creencias familiares? |
| |
| To a select of the select of t |
| Tiene algún problema legal actual o pasado? |
| |
| Necesidades sensoriales |
| Describa sus necesidades y sensibilidades en las siguientes áreas: |
| Nivel de ruido - |
| |
| Iluminicion |
| |

| Temperatura |
|---|
| |
| Espacio personal |
| |
| Toque |
| |
| Otro |
| |
| |
| Necesidades fisicas/medicas |
| Ves bien? |
| Tiene alguna afección que afecte su visión (como una percepción deficiente de la profundidad, ceguera |
| al color, como visual limitado)? |
| Usas lentes o contactos? |
| Necesita alguna asistencia con gafas o contactos? |
| Que tan bien escuchas? |
| Usas aparato para los oídos? Necesitas asistencia? |
| Tiene alguna condición que le dificulte escuchar (como zumbidos en los oídos, acumulación de cera en los oídos, escucha ruido lejos)? |
| Camina por usted mismo? |
| Tiene alguna condición que le dificulte caminar (como falta de equilibrio, problemas de la vista, discapacidad física)? |
| Eres inestable o te caes a menudo? |
| Necesitas? Bastón Andador Alguien caminando al lado Sillas de ruedas Tirantes |
| Qué tipo de silla de ruedas? |
| Si usa una silla de ruedas, la maneja usted mismo o necesitas ayuda? |

| Tiene alguna limitación física que no esté incluida anteriormente (como debilidad en un lado o restricciones de levantamiento)? |
|---|
| Nombre del médico primario: |
| Nombre y tipo de especialistas: |
| |
| Toma medicaciones? |
| Que ayuda necesitas para tomar los medicamentos correctamente? |
| Necesitaría tomar medicamentos en Life Skills o Richardson Industries? Qué tipo de medicamento? |
| EL PERSONAL DE ERC NO PUEDE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. PODEMOS PROPORCIONAR RECORDATORIOS TALES COMO AL MOMENTO DE TOMAR MEDICAMENTOS, ABRIR LA BOTELLA PARA LAS PERSONAS QUE NO ESTAN FISICAMENTE DISPONIBLES Y OBSERVAMOS MIENTRAS EL CLIENTE TOMA EL MEDICAMENTO. UNA SOLA DOSIS PUEDE SER INTEGRADA EN UN CONTENEDOR CON TODA LA INOFORMACION DE FARMACIA/PAQUETE Y DEBE SER ENTREGADA AL PERSONAL PAR UN ALMACENAMIENTO SEGURO. |
| Si necesita tomar medicamentos en Life Skills o Richardson Industries, el medicamento tiene requisitos especiales de almacenamiento? |
| Tienes alguna alergia a medicamentos? |
| Puede comer por sí mismo? |
| Te ahogas facilmente? Cuando? |
| |

| Tienen que cortar los alimentos en trozos más pequeños para ti? | | |
|--|--|--|
| Se cambió la consistencia de sus alimentos o bebidas? | | |
| Tiene alguna alergia con las comidas? | | |
| Tiene alguna otra necesidad nutricional/necedad de alimentación? | | |
| | | |
| Necesita monitoreo o adaptaciones debido a su salud que no menciono anteriormente? | | |
| | | |
| | | |
| Ir al baño/Asistencia en el baño | | |
| Marque todas las áreas a continuación donde se necesita asistencia y ponga una explicación según lo solicitado. ERC evaluara su capacidad para proporcionar asistencia con el cuidado personal según las necesidades que usted haya identificado. Es posible que no podamos satisfacer las necesidades adicionales que surjan o las necesidades actuales que no menciono antes de la admisión. | | |
| ☐ El solicitante no necesitas ninguna asistencia en el baño; NO se necesita apoyo o asistencia | | |
| Recordatorios para lavarse las manos | | |
| Recordatorios para ir al baño – Que tan frecuente? Qué tipo de aviso? | | |
| Supervisión para usar el inodoro correctamente (como el uso excesivo de papel higiénico, la descarga de artículos que no se deben pasar por el inodoro) | | |
| Ayuda para cambiar la toalla menstrual o la incontinencia-Con qué frecuencia? | | |
| Tiene "accidentes" ocasionales (no debido a una enfermedad inesperada): con qué frecuencia? Que asistencia se necesita. | | |
| Ayuda con la ropa-Puedes pararte mientras la ropa se levanta o se baja? | | |
| | | |

| Asistencia para dares la vuelta para sentarse en el inodoro o asistencia para sentarse – Describa cantidad de asistencia que se necesita: | oa la |
|---|-----------|
| Necesita supervisión cercana mientras está sentado en el inodoro- por qué? | |
| Ayuda con la limpieza – Después de orinar o evacuar? Como se hace esto en casa? | |
| Utiliza un dispositivo urinario portátil o similar: que asistencia se necesita? | |
| Comportamiento inapropiado como jugar o manchar heces: | |
| Explique cualquier necesidad urinaria o intestinal especial: | |
| | |
| | |
| | |
| Para solicitantes que deben transferirse de una silla de ruedas para el cuidado personal | |
| Transferencia hacia y desde el inodoro o una silla de inodoro | |
| Apoya todo tu propio peso durante la transferencia. Otra persona puede ayudarlo a guiarse o mantener el equilibrio, pero no lo apoya. Que barras (incluido el tipo) u otros soportes se utilizan? | |
| Otra persona soporta una parte o la totalidad de su peso durante una transferencia: ¿cuantas personas asisten? ¿Cómo se hace esto en casa? | |
| Un ascensor u otro equipo se utiliza para transferir- Que tipo? | |

ERC Adult Development Program Application and Service Needs Assessment Transfiera a una cama, mesa u otra superficie: describa como se realiza el cuidado personal Hay otras necesidades de cuidado personal que debemos tener en cuenta? _______ Necesidades y apoyos de comportamiento: Los problemas de comportamiento no lo descalificaran automáticamente, pero ERC necesitas entender sus problemas de comportamiento para que sepamos la mejor manera de ayudarlo. Cuanta más información tengamos, mejor podremos planificar los apoyos. Verifique todos los comportamientos a continuación que hayan ocurrido en el ultimo ano y díganos cuando es más probable que ocurra (como cuando no obtiene lo que quiera), a quienes involucre (como golpear a la madre), que reduce o detiene el comportamiento y cualquier servicio/ soporte que se haya utilizado en los últimos dos años. Retener información sobre conductas o servicios y apoyos conductas o servicios y apoyos conductuales podría resultar en el alta. No he tenido ninguno de los comportamientos enumerados siguientes en el último año. No ha utilizado ninguno de los servicios a apoyos siguientes a continuación en los últimos dos años. Comportamiento que podría lastimarse (golpear, morder, pellizcar, picar, etc., incluidos los intentos):

Comportamiento que podría dañar a otras personas (golpear, patear, morder, pellizcar, etc.,

incluidos los intentos):

| Gritando, maldiciendo, llamando nombres de personas: |
|--|
| Mentiras, falsas acusaciones, "inventando historias", repitiendo chismes hirientes |
| Preocupación excesiva o llanto, alucinaciones o delirios: |
| Comportamiento obsesivo o compulsivo: |
| |
| Palabras o ruidos repetitivos: Incumplimiento frecuente o ignorando: |
| Salir de casa, escuela u otra instalación sin permiso: |
| Quitarse la ropa, acciones sexuales (aunque no estén destinadas al sexo), los comentarios sexuales o |
| las insinuaciones. |
| Incontinencia intencional o vómitos: |
| Destrucción real o probable de la propiedad o intencionalmente causando que algo funcione mal: |
| |

| Llevar comida, dinero o pertenencias personales de otras personas sin permiso: |
|---|
| |
| Comer basura o sustancias u objetos no comestibles: |
| |
| Ha sido suspendido o dado de alta de la escuela o de un programa para adultos debido a un comportamiento en los últimos 2 años? Por favor explique: |
| Ha sido trasladado a otro escuela o área debido al comportamiento en los últimos 2 años? Por favor explique: |
| Ha tenido un plan de manejo de comportamiento en los últimos 2 años? Por favor explique |
| Ha tomado medicamento debido a un diagnóstico de salud mental o para ayudarlo a controlar algún tipo de comportamiento en los últimos 2 años? Por favor explique: |
| Ha recibido asesoramiento o terapia individual, grupal o familiar en los últimos 2 años? Por favor explique: |
| |

Recuerde completar y enviar:

Esta forma

Una copia de las tarjetas de su Medicaid y PASSE

Haga que su médico firme y devuelva el formulario ADDT Prescripciones para Servicios en este paquete

Un examen físico realizado en el último año (nuestro formulario o el impreso del consultorio de un médico)

Pruebas psicológicas: coeficiente intelectual y /o comportamiento adaptiva según la discapacidad de desarrollo

Una copia de su orden de tutela o poder legal, si corresponde

Una copia de su diploma de escuela secundaria si es menor de 21 años.



ADDT Prescription for Services

| Client's Name | Date of Birth | Client's Medicaid Number |
|--|---|--|
| I prescribe the following service be medically necessary to pr | | t these services are/continue to al's development. |
| adults with Developmental D | Disabilities in life skills nunication, etc. Habil | udes habilitation training for sareas such as pre-vocational, itation training will enable the |
| Medicaid Transportation | on to/from the Elizal | beth Richardson Center |
| Physician's Signature | | Date |
| Print Physician's Name | | |
| Please retur | rn by fax to 479-306- | 6819 or mail to: |
| Name: | , ERC | C Adult Case Manager |
| 3917 S. Old | l Missouri Rd, Springe | dale, AR 72764 |

ERC FORM – Physician's Prescription for Services (Revised **5/2019**)

Date of Examination: Patient's Name: ___ Name of parent(s) or legal guardian: Patient's address: _____ City Street State Zip Code **PHYSICAL EXAMINATION** General appearance: ___ Check normal findings with "O". Check abnormal findings with "X". Describe abnormal findings in the spaces to the right. ___ Musculature _____ ____ Nutrition _____ Skin and hair _____ Upper extremities _______ _____ Lower extremities ____ Eyes (including vision as best as can be determined) Ears (including hearing as best as can be determined) _____ Nose _____ ____ Mouth _____ Teeth _____ Throat _____ __ Neck __ Chest and lungs _____ _____ Heart ____ _____ Abdomen ______ Genitalia & rectum Neurological _____ Cranial ___ Cerebellum _____ _____ Sensory _____ _____ Motor _____ _____ Operations _____

Other findings _____

Este formulario de examen físico debe ser completado por su médico de atención principal.

| Impressions Diagnosis: | | | |
|---|----------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Physical Conditions: | | | |
| Mental Conditions: | | | |
| Placement in any of ERC's progradining in local restaurants w/o dor contraindications for such act | ietary restrictions. | Based on your examina | tion, are there any restrictions |
| Physical exertion less than 1 hour 1 to 2 hours 2 to 3 hours 3 to 4 hours Lifting and Bending less than 5 pounds less than 10 pounds less than 25 pounds less than 50 pounds over 50 pounds | | Dietary regular low fat/low NCS bland | w cholesterol |
| Current Medications | ı | 1 | Ī |
| Medication | Dosage | Time Taken | Reason |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Physician's Signature | | | ate |



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ELIZABETH RICHARDSON CENTER Efectivo septiembre 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE

Este aviso le dirá cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Información de salud protegida significa cualquier información sobre su salud que le identifica o de que hay una base razonable para creer que la información puede utilizarse para identificarlo. En este aviso, llamamos a toda la información de salud protegida, "información de salud".

Este aviso también le dira sobre sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a la información médica sobre usted. Además, le dirá cómo presentar una queja con nosotros si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad.

¿CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usamos y revelamos información médica sobre usted para un número de diversos propósitos. A continuación se describe cada uno de esos propósitos.

- Para el tratamiento. Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para proporcionar, coordinar o administrar los servicios, apoyos y atención que recibe de ERC y otros proveedores. Por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, administradores de casos, terapistas, psicólogos profesores, trabajadores sociales, personal de apoyo directo, voluntarios y otras personas que están involucradas en apoyarte o prestar atención. Podemos consultar con otros proveedores de atención médica acerca de ti y como parte de la consulta, compartir su información médica con ellos. Podemos compartir información para coordinar los servicios necesarios, tales como exámenes médicos, visitas al médico, citas de terapia, etc.
- Para el pago. Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted así que podemos pagar por los servicios que brindamos a usted. Esto puede incluir la facturación un tercero pagador o agencia de otro estado o su compañía de seguros. Por ejemplo, debemos proporcionar la información del programa Medicaid estatal sobre los servicios que le proporcionamos para que nosotros serán reembolsados por esos servicios. También debemos brindar información para asegurar que usted es elegible para el programa de asistencia médica el programa estatal de Medicaid.
- Para las operaciones de cuidado de la salud. También podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para nuestras operaciones diarias. Por ejemplo, podemos utilizar información médica sobre usted revisar y evaluar los servicios que ofrecemos y el desempeño y apono de nuestros empleados. Podemos divulgar información médica sobre usted para entrenar a nuestro personal y voluntarios. También podemos utilizar su información médica para estudiar formas de gestionar más eficientemente nuestra organización, acreditación o licencias de actividades, auditoría, ni de nuestro programa de cumplimiento.
- <u>Las personas involucradas en su cuidado</u>. Podemos revelar a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo
 personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted, recibir información sobre su salud que sea
 directamente relevante a la participación de esa persona con los servicios y los apoya o pago por esos servicios y
 apoya. También podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para notificar, o asistir en la

notificación, las personas de su ubicación, condición general o muerte. En el caso de su muerte, podemos divulgar a ninguna de esas personas que estuvieron involucradas en su cuidado para el pago para el cuidado de la salud antes de su muerte, información sobre su salud que es relevante para la participación de esa persona, a menos que hacerlo es inconsistente con alguna preferencia expresada previo de lo que es conocido para nosotros.

Si hay un miembro de la familia, otro pariente, o cerca amigo personal que no quiere revelar información médica sobre usted, por favor notifique al oficial de privacidad de ERC o diga a nuestro miembro del personal que está proporcionando cuidado a usted.

- Plan de salud. No utilizar o divulgar su información genética para fines de suscripción que incluye la determinación de elegibilidad (incluyendo inscripción y continuó elegibilidad) o beneficios bajo el plan; el cómputo de cantidades premium o contribución bajo el plan (incluyendo descuentos, rebajas, etc. para participar en una evaluación de riesgo de salud o un programa de bienestar); y la aplicación de cualquier condición pre-existente bajo el plan.
- <u>Alivio al desastre</u>. Podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad de asistencia en un esfuerzo de alivio de desastre para que los padres o tutores, familiares, parientes o amigos personales cercanos pueden ser notificados acerca de su condición, estado y ubicación.
- <u>A medida que lo exiga la ley</u>. Divulgaremos información médica sobre usted cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.
- <u>Actividades de salud pública</u>. Podemos utilizar o divulgar información sobre su salud para fines y actividades de salud pública. Esto incluye información de salud a una autoridad de salud pública que está autorizada por la ley para recoger o recibir la información con fines de prevenir o controlar la enfermedad. También incluye informes para propósitos de actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de un producto regulado de medicamentos y alimentos de Estados Unidos la administración o actividad.
- Prueba de inmunización. Podemos utilizar o divulgar su información de inmunización a la escuela: (a) si eres un estudiante o futuro alumno de la escuela; (b) la información se limita a prueba de inmunización; (c) la escuela es requerida por ley estatal u otro para tener la prueba de vacunación antes de admitir (d) obtener y documentar el acuerdo para la divulgación de cualquiera: (1) su padre, tutor o persona en loco parentis parado si usted es un menor de edad emancipado, o (2) si usted es un adulto o un menor emancipado.
- <u>Informes de abuso, negligencia o violencia doméstica</u>. Podemos divulgar información médica sobre usted a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica, si creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando está autorizado por la ley.
- Actividades de supervisión de salud. Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, programas de gobierno y cumplimiento de las leyes derechos civiles.
- Procedimientos judiciales y administrativos.
 Si usted está implicado en una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa.
 También podemos discutir salud descubrir información sobre usted en respuesta a una citación, petición, u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa, pero sólo si los esfuerzos han sido hechos para decirle acerca de la petición o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.
- Aplicación de la ley. También podemos divulgar información médica sobre usted a un oficial para fines de cumplimiento de la ley:

- o según lo requerido por ley.
- o ante un tribunal, el jurado u orden administrativa o citación.
- o para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- sobre una real o presunta víctima de un crimen y esa persona se compromete a las revelaciones.
 Si somos capaces de obtener un acuerdo de esa persona, en circunstancias limitadas, la información será revelada.
- o para alertar a las autoridades policiales a una muerte si sospechamos que la muerte puede haber resultado de conducta criminal.
- o sobre los crímenes que ocurren en nuestras instalaciones.
- o para reportar un crimen en circunstancias de emergencia.
- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información de salud a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus deberes.
- Órganos, ojos o donación de tejidos. Para facilitar los órganos, ojos o donación de tejido y trasplante, podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones de adquisición de órganos o entidades dedican a la contratación, bancarios o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted si creemos que el uso o la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información sobre usted si creemos que la divulgación es necesaria para las autoridades policiales identificar o detener a un individuo que admitió la participación en un crimen violento o que es un fugitivo de una institución correccional o bajo custodia legal.
- Militares y veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requerido por las autoridades militares. También podemos divulgar información médica acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- <u>Seguridad nacional e inteligencia</u>. Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para la realización de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- <u>Servicios de protección para el Presidente</u>. Podemos divulgar información médica sobre usted a oficiales federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos, algunos otros funcionarios federales o jefes de estado extranjeros, o llevar a cabo investigaciones autorizadas por ciertas leyes federales.
- <u>Institución correccional</u>. ¿Debe un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o su información de salud de agentes necesaria para tu salud y la salud y seguridad de los demás.
- <u>Indemnización al trabajador</u>. Podemos divulgar información médica sobre usted para la compensación del trabajador o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por enfermedad o accidentes de trabajo.
- Actividades de recaudación de fondos. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted en contacto con usted para recaudar fondos para ERC. Podemos divulgar información de salud a un socio de negocios de ERC, así negocio asociado puede contactarlo para recaudar fondos en beneficio de ERC.

Sólo publicaremos: (a) información demográfica relativos a usted, incluyendo su nombre, dirección, otra información de contacto, edad, género y fecha de nacimiento; (b) las fechas de la atención sanitaria proporcionada a usted; (c) Departamento de información del servicio; (d) tratamiento a médico; (e) información resultados; y, (f) estado de seguro de salud.

Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Si no desea que ERC comunique con usted para recaudar fondos, por favor notifique a oficial de privacidad de ERC.

CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

- Notas de psicoterapia. Su autorización es necesaria antes de que nosotros podemos utilizar o divulgar notas de psicoterapia a menos que el uso o la divulgación es: (a) por el creador de las notas del psicoterapia para el tratamiento; (b) para nuestros propios programas de capacitación para estudiantes, pasantes o practicantes de salud mental; (c) para defendernos en una acción legal u otro procedimiento traído por usted; (d) cuando sea requerido por la ley; o (e) permitido por la ley de supervisión de la creadora de las notas del psicoterapia.
- Marketing. No divulgaremos su información médica para fines de marketing sin su autorización por escrito.
- Venta de información. Su autorización es necesaria para cualquier divulgación de su información médica cuando la divulgación es a cambio de remuneración directa o indirecta o en su nombre el destinatario de la información de salud. Sin embargo, su autorización no se requiera bajo ciertas condiciones si la divulgación es: (a) para propósitos de salud pública; (b) para fines de investigación; (c) para el tratamiento y pago; (d) si nosotros estamos siendo vendidos, transferido, fusionado o consolidadas; (e) a un socio de negocios de nuestras actividades realizadas en nuestro nombre; (f) para que cuando se le solicite (g) requerido por la ley; (h) cuando permitida por la ley donde la única remuneración recibida por nosotros es una cuota permitida por la ley.
- **Empleadores**. No revelaremos su información personal de salud para los empleadores actuales o potenciales sin su autorización por escrito.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Otros usos y revelaciones se realizarán solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento notificándolo a oficial de privacidad de ERC por escrito su deseo de revocar. Sin embargo, si usted revocar dicha autorización, no tendrá ningún efecto sobre las medidas adoptadas por nosotros en la confianza en él.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Aunque sus registros son propiedad de ERC, la información le pertenece. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud.

• <u>Derecho a solicitar restricciones</u>. Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos el uso o divulgaciones de información médica sobre usted para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgaciones a: (a) un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted; o, (b) para no entidades públicas o privadas para los esfuerzos de alivio de desastre.

Para solicitar una restricción, puede hacerlo en cualquier momento. Si usted solicita una restricción, usted debe hacerlo al oficial de privacidad de ERC y decirnos: (a) Qué información desea limitar; (b) Si desea limitar el uso o la divulgación o ambos; y, (c) a quien desea aplicar los límites.

<u>Con una excepción, no estamos obligados a aceptar cualquier restricción solicitada.</u> La excepción es que nosotros siempre estaremos de acuerdo a una petición de restringir las revelaciones a un plan de salud si:

- (a) la divulgación es con el fin de llevar a cabo las operaciones de pago o atención de salud y no está requerido por la ley; y
- (b) la información se refiere únicamente a un cuidado de la salud artículo o servicio que usted o alguien en su nombre (que no sea el plan de salud), nos ha pagado en su totalidad.

Si estamos de acuerdo a una restricción, seguiremos esa restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Aunque estamos de acuerdo a una restricción, usted o nosotros podemos terminar más tarde la restricción. Sin embargo, No cancelaremos una restricción que cae en la excepción indicada en el párrafo anterior.

 <u>Derecho a recibir comunicaciones confidenciales</u>. Usted tiene el derecho de que limitemos el uso o divulgación de la información sobre su salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención medica. Por ejemplo, pregúntele que sólo contactaremos por correo o en el trabajo o que no podemos dejar recordatorios de la cita en su máquina contestadora. No necesitamos que nos digas por qué están pidiendo la comunicación confidencial.

Si quieres solicitar comunicación confidencial, debe hacerlo por escrito al oficial de privacidad de ERC. Su petición debe indicar cómo o dónde usted puede ser contactado.

Nos adaptaremos a su petición. Sin embargo, podemos, requerir cuando proceda, información sobre cómo se manejará el pago. También podemos requerir una dirección alternativa u otro método para comunicarnos contigo.

- Derecho a inspeccionar y copiar. Con algunas excepciones, usted tiene el derecho a revisar y copiar su información médica. Usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad de ERC. Podemos cobrar una cuota por el costo de la copia, distribución u otros suministros asociados con su petición. Su petición debe indicar específicamente qué información de salud desea inspeccionar o copiar. Su petición debe indicar también la forma de acceso y copia que usted desea, como en papel o en medios electrónicos. Actuaremos en su petición dentro de los treinta 30 días después de que recibamos su solicitud. Si concedemos su petición, en todo o en parte, informaremos de nuestra aceptación de su solicitud y proporcionar acceso y copiado. Nos puede negar su solicitud si la información de salud involucrada es notas de psicoterapia o información compilada en anticipación de, utilización en un procedimiento civil, criminal o administrativo. Si nos negar su petición, les informaremos de las bases de la negación, cómo usted puede tener nuestra negación revisado y cómo usted puede presentar una queja. Si usted solicita una revisión de nuestra negación, se realizará por un profesional médico autorizado designado por nosotros que no estuvo directamente implicado en la negación. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- Derecho a enmendar. Si usted cree que la información en su expediente de salud es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene este derecho para siempre y cuando la información es mantenida por ERC. Usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad de ERC. Además, debe proporcionar una razón para su petición. Actuaremos en su petición dentro de 60 días después de que recibamos su solicitud. Si concede su petición, en todo o en parte, informaremos de nuestra aceptación de su solicitud y proporcionar acceso y copiar y vamos a buscar su acuerdo para compartir la enmienda con relevantes e identificación de otras personas. También haremos la enmienda apropiada a la información de salud por anexar o de lo contrario, proporcionando un enlace a la enmienda. Podemos negarle su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negarle su petición si usted nos pide que enmendemos información que no fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda; No es parte de la información médica mantenida por nosotros; o sea precisa y completa.

Si denegamos su solicitud, les informaremos de las bases de la negación. Tienes el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nuestro rechazo. Su declaración no puede exceder 5 cinco páginas. Podemos ERC Aviso de Practicas de Privacidad (HIPAA) – Versión en Español (revisada 12/2016) 5

preparar una refutación a esa declaración. Su solicitud de enmienda, o denegación de la solicitud, su declaración de desacuerdo, si los hay y nuestra refutación, si los hay, entonces será agregado a la información de salud

Involucrados o de otra manera ligadas a ella. Entonces todo eso será incluida con cualquier divulgación posterior de la información, o, a nuestra elección, podremos incluir un Resumen de esa información. Si usted no presenta una declaración de desacuerdo, usted puede solicitar que incluyamos su solicitud de enmienda y nuestro rechazo con cualquier divulgación futura de la información. Incluiremos su solicitud de enmienda y nuestro rechazo con cualquier divulgación posterior de la información de salud involucrada. También tendrás derecho a quejarse de nuestro rechazo de su solicitud.

 <u>Derecho a una contabilidad de accesos</u>. Usted tiene el derecho a recibir un informe de divulgaciones de información médica sobre usted. La contabilidad puede ser de hasta 6 seis años antes de la fecha en la cual usted solicita la contabilidad pero no antes del 14 de abril de 2003.

Ciertos tipos de revelaciones no están incluidos en estas cuentas:

- a. divulgaciones para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica;
- b. las divulgaciones de su información médica a usted;
- c. revelaciones que son incidentes a otro uso o divulgación;
- d. divulgaciones que usted haya autorizado;
- e. divulgaciones para fines de alivio de desastre;
- f. revelaciones para la seguridad nacional o propósitos de inteligencia;
- g. divulgaciones a instituciones correccionales o a oficiales de la ley tiene la tutela;
- h. revelaciones que son parte de una limitada de datos establecido con fines de investigación, la salud pública u operaciones de atención médica (un conjunto limitado de datos es donde se han quitado las cosas que le identifica a usted directamente).
- i. las divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Bajo ciertas circunstancias puede ser suspendido su derecho a una contabilidad de accesos a un oficial de la ley o una agencia de supervisión de salud. Usted debe solicitar una contabilidad durante el período de tiempo que se suspende el derecho, la contabilidad no incluiría la divulgación o revelaciones a un oficial de la ley o a una agencia de supervisión de salud.

Para solicitar un informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad de ERC. Su petición debe indicar un período de tiempo por las revelaciones. No puede ser más de seis 6 años desde la fecha que recibimos su petición y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003.

Generalmente, actuaremos sobre su petición dentro de sesenta 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. En ese lapso, se le proporciona el informe de divulgaciones o darte una declaración por escrito de cuando le proporcionaremos la contabilidad y por qué es necesario el retraso.

No hay ningún cargo por la primera contabilidad que brindamos a usted en cualquier período de doce 12 meses. Para contabilidad adicional, podemos cargarle el costo de proporcionar la lista. Si va a haber un cargo, notificaremos del costo involucrado y darle la oportunidad de retirar o modificar su petición para evitar o reducir la cuota.

 <u>Derecho a copia de este aviso</u>. Tienes el derecho a una copia en papel de este aviso de prácticas de privacidad, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso electrónicamente. Puede solicitarnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, www.ercinc.org.

Para obtener una copia en papel de este aviso, contacte al oficial de privacidad de ERC.

NUESTROS DEBERES

• <u>Generalmente</u>. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de información médica sobre usted, para brindar a los individuos con el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud y notificar a los individuos afectados tras una brecha de información de salud protegida sin garantía.

Estamos obligados a acatar los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad vigente en el momento.

- Prácticas de nuestro derecho a cambiar el aviso de privacidad. Nos reservamos el derecho de modificar
 este aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de hacer las disposiciones de la nueva
 notificación efectiva para toda información médica que mantenemos, incluyendo creada o recibida por
 nosotros antes de la fecha de vigencia de la nueva notificación.
- <u>Disponibilidad del aviso de prácticas de privacidad</u>. Una copia de nuestro aviso actual de prácticas de privacidad se publicarán en cada instalación ERC en un área común. Una copia del aviso actual también será publicada en nuestro sitio web, www.ercinc.org

En cualquier momento, puede obtener una copia de la notificación actual de prácticas de privacidad por ponerse en contacto con el oficial de privacidad de ERC.

- Fecha de vigencia del aviso. En la primera página de este aviso se indica la fecha efectiva de la notificación.
- Quejas. Usted puede quejarse a nosotros y a los Estados Unidos Secretario de salud y servicios humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros.

Para archivar una queja con nosotros, póngase en contacto con el oficial de privacidad de ERC. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

Para archivar una queja con el Estados Unidos Secretario de salud y servicios humanos, enviar su queja a él/ella en cuidado de: Oficina de derechos civiles, Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos, 200 independencia Avenue SW, Washington, D.C. 20201. Las quejas también pueden ser presentadas en línea. Ir a: http://www.hhs.gov/ocr.

No va a ver represalias contra usted para archivar una queja.

• Preguntas e información. Si tiene alguna pregunta o desea más información acerca de este aviso de privacidad prácticas, póngase en contacto con:

Cathy Obana, ERC Privacy Officer 3917 S. Old Missouri Rd., Springdale, AR 72764 479-799-2935 cobana@ercinc.org

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ELIZABETH RICHARDSON CENTER Efectivo septiembre de 2013

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esto es para reconocer mi recibo de aviso de prácticas de ERC de privacidad (fecha septiembre de 2013) en la fecha indicada abajo.

| Firma del individuo | |
|---|--|
| Representante person | Fecha de firma del individuo o Representante Personal |
| | |
| Nombre del individuo (por favor impres | |
| | |
| | |
| Dirección del individu | |
| | |
| Nombre del Representante Person (Si correspond | |
| | |
| | |
| Descripción de la autoridad del representante Ley para el individu | |

(Si corresponde)