YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Solicitud para membresía de You First

Complete y devuelva esta solicitud:
Correo postal: Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380
Fax: 802-657-4208

Para las personas sordas o con problemas de audición, use el Servicio Retransmisiones de Vermont a través del 711 e indique nuestro número: 1-800-508-2222.
Si tiene preguntas o necesita de los servicios de interpretación, llame al 1-800-508-2222. Indique su idioma y nos pondremos en contacto con un intérprete.

Sección 1: Sobre usted

Primer nombre:

Apellido:

Nombre que le gustaría que usara el personal de You First:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Número de seguro social (XXX-XX-XXXX): ☐ No tengo número de seguro social

Pronombres: ☐ ella ☐ él ☐ ellos ☐ otro (especifique):

Dirección de domicilio: ☐ Actualmente no tengo una dirección permanente

Ciudad/Pueblo: **Estado:** **Código postal:**

Dirección postal (si es diferente a la anterior):

Correo electrónico:

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Número de teléfono:

(_____) _____ - _____

□ Hogar □ Trabajo □ Celular

¿Está bien dejar un mensaje? □ Sí □ No

¿Cómo prefiere que lo contacten? □ Teléfono □ Correo electrónico □ Correo postal

¿Es de origen latino o hispano? □ Sí □ No □ Prefiero no responder

¿Con qué raza o razas se identifica?
(marque todas las opciones que correspondan)

- □ Blanco
- □ Negro o afroamericano
- □ Asiático o asiático americano
- □ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico
- □ Indígena, indio americano o nativo de Alaska
- □ No lo sé o no estoy seguro
- □ Prefiero no responder
- □ Otro (especifique):

¿Cuál es el idioma que prefiere para comunicarse de manera escrita y verbal?

- □ Inglés
- □ Español
- □ Árabe
- □ Francés
- □ Nepalí
- □ Somalí
- □ Kirundi
- □ Otro (especifique):

¿Necesita que lo llamemos utilizando los servicios de un intérprete? □ Sí □ No

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- □ Menos de 9º grado
- □ Parte de los estudios en la escuela secundaria
- □ Graduado de la escuela secundaria o equivalent
- □ Parte de los estudios universitarios
- □ Graduado de la universidad
- □ No lo sé o no estoy seguro de la equivalencia
- □ Prefiero no responder

¿Se identifica como una persona LGBTQ+?
(lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer) □ Sí □ No □ Prefiero no responder

¿Tiene alguna afección o discapacidad de salud física, mental, de aprendizaje o emocional? □ Sí □ No □ Prefiero no responder

El programa You First solicita información personal sobre raza, etnia, educación, identidad de género, sexualidad, discapacidad, e idioma para garantizar que lleguemos a todos los residentes de Vermont elegibles para el programa. Sus respuestas son muy útiles para nuestro equipo en nuestro trabajo para reducir las diferencias prevenibles de los resultados de salud, pero puede elegir la opción "prefiero no responder".

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Sección 2: Ingresos

Ingreso total del hogar antes de deducción de impuestos: $

□ cada año □ cada mes □ cada semana □ cada dos semanas

Número total de personas que dependen de este ingreso:

(Incluido usted, cónyuge o pareja, niños u otras personas que dependan de este ingreso)

Sección 3: Seguro médico

¿Tiene seguro médico?

- □ Sí, tengo seguro médico.
- □ No, NO tengo seguro médico en este momento.

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

	Nombre de la compañía de seguro:	Fecha de inicio de la cobertura:
	Nombre del titular de la póliza:	Número de identificación o póliza:
	Número de cuenta o grupo:	

Sección 4: Antecedentes médicos

¿Tiene, o ha tenido, senos o cérvix? □ Sí □ No

¿Tiene un médico o un proveedor de atención médica? □ Sí □ No

En caso afirmativo:	Nombre del consultorio: Ubicación del consultorio (pueblo o ciudad):

Si no, ¿necesita ayuda para encontrar un médico) □ Sí □ No

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou o VPH?	◻ Nunca me he hecho una prueba de Papanicolaou o VPH ◻ Me he hecho una histerectomía
Fecha: Ubicación:	◻ No estoy seguro de la fecha
¿Tiene alguna inquietud sobre el cuello uterino o pruebas de Papanicolaou o VPH anormales recientemente?	◻ Sí ◻ No
¿Cuándo fue su última mamografía?	◻ Nunca me he hecho una mamografía ◻ Me he hecho una mastectomía
Fecha: Nombre del hospital:	◻ No estoy seguro de la fecha
¿Ha experimentado algún cambio en los senos, algún problema o una mamografía anormal reciente?	◻ Sí ◻ No
¿Usa algún tipo de producto derivado del tabaco (como cigarrillos, cigarros o productos de vapeo)?	◻ Sí ◻ No ◻ Prefiero no responder
En caso afirmativo, ¿podríamos remitirle a 802Quits? 802Quits se comunicará por teléfono y dejarán un mensaje si no pueden hablar con usted.	◻ Sí ◻ No

¿Cómo se enteró de You First?

- ◻ Era miembro antes
- ◻ Amigo o familiar
- ◻ Búsqueda en línea
- ◻ Publicidad en línea
- ◻ Pride Center de Vermont
- ◻ Médico, personal de enfermería, clínica (especifique):
- ◻ Póster o folleto
- ◻ Facebook u otra red social
- ◻ TV o radio
- ◻ Otro (especifique):

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Sección 5: Consentimiento del miembro: derechos y responsabilidades

Al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para inscribirme en el programa You First. Acepto que he completado la solicitud con información verdadera hasta donde sé. Autorizo a You First para que pueda acceder y compartir mi información médica.

Autorizo a mi médico, clínica, hospital, laboratorio y programas de estilo de vida a compartir mi información con el programa You First, para que puedan asegurarse de que reciba atención de calidad y para que You First pueda pagar mis facturas médicas elegibles.

Autorizo a You First para compartir información médica personal sobre los exámenes de detección de cáncer del cuello uterino y de mama, exámenes de detección de factores de riesgos de enfermedades cardíacas y atención para diagnósticos y tratamientos con mi médico, personal de enfermería, hospital, clínicas y proveedores de atención médica involucrados en mis exámenes y tratamientos.

You First es financiado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, por sus siglas en inglés), que recopila información de You First sobre cómo se utilizan esos fondos. Autorizo a You First para que comparta mi información no identificable con los CDC. "No identificable" significa que protegeremos su privacidad al ocultar o eliminar información que le diría a las personas quién es usted.

Comprendo que cuando me inscriba en el programa You First del Departamento de Salud de Vermont, estoy autorizando al programa para que comparta información sobre mi elegibilidad con otros programas de la Agencia de Servicios (Agency of Human Services, AHS, por sus siglas en inglés) del estado de Vermont para coordinar los servicios.

Mi información personal se mantendrá segura según las prácticas de privacidad de la AHS y las leyes correspondientes. He recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la AHS.

Comprendo que tengo derecho a retirarme del programa You First. Si ya no quiero seguir inscrito en el programa, enviaré una carta o llamaré a You First para poder retirarme. Envíe la carta a: Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 o llame a nuestro coordinador de servicios al miembro al 800-508-2222.

Firma: _____ Date: _____

Firme y envíe el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Servicios Humanos.

No se aceptan firmas digitales Si tiene preguntas, comuníquese con el programa You First al 1-800-508-2222.

VERMONT

Agencia de Servicios Humanos

Notificación de Prácticas de Privacidad

Esta notificación está vigente a partir del 1 de octubre, 2022

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRA INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

FREE INTERPRETER SERVICES ARE AVAILABLE

Indique si necesita un intérprete u otro tipo de asistencia para poder leer y comprender esta notificación.

Prácticas de privacidad para los datos de salud: **Páginas 1 a 3**

Prácticas generales para los datos de identificación personal: **Página 4**

"Nosotros" somos la Agencia de Servicios Humanos (AHS). La AHS congrega al Departamento para Niños y Familias, el Departamento de Discapacidades, Tercera Edad y Vida Independiente, el Departamento de Salud, el Departamento de Salud Mental, el Departamento Correccional y el Departamento de Acceso a Salud en Vermont. Entre nuestros contratistas y cesionarios hay prestadores de servicios de todo Vermont, por ejemplo, centros de padres e hijos, centros de día para adultos y centros comunitarios de salud mental.

Al brindarle servicios sociales y de salud, le solicitaremos datos personales (datos de identificación) y, a veces, datos de salud.
Las leyes federales y estatales exigen que protejamos estos datos, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 conocida como HIPAA ("Regla de Privacidad").

Esta notificación le explicará cómo podemos usar o divulgar sus datos de salud o de identificación y cuándo no podemos hacerlo. También le informará cuáles son sus derechos. La ley exige que le notifiquemos todo esto. También exige que respetemos los términos de la notificación vigente.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SOBRE: DATOS DE SALUD

1. ¿Qué datos de salud tiene la AHS sobre mí?

Usted y otras personas pueden proporcionarnos datos sobre su salud y su atención de la salud cuando solicite o reciba nuestros servicios. Estos datos pueden ser sobre su diagnóstico, discapacidad o tratamiento. También pueden ser datos financieros y de facturación.

2. ¿Qué datos de salud utiliza y divulga la AHS?

Usamos y divulgamos únicamente los datos de salud mínimos necesarios para que el personal o los contratistas puedan hacer su trabajo.

3. ¿En qué casos la AHS usa o divulga mis datos?

Podemos usar y divulgar sus datos de salud para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud, para la planificación de servicios y la administración de la AHS. Por ejemplo, podemos utilizar sus datos por los siguientes motivos:

- Para determinar si puede recibir servicios o beneficios.
- Para crear y brindar planes de tratamiento o servicio individualizados.

Por ejemplo, podemos divulgar sus datos para elaborar un plan de tratamiento con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud que lo atiendan.

- Para recordarle citas.
- Para informarle sobre otros servicios o tratamientos que puedan ser útiles para usted o su familia.
- Para pagar sus servicios.

Por ejemplo, su médico puede enviarnos sus datos de salud para que le paguemos. También podemos proporcionar sus datos de salud a contratistas, para que puedan pagarle a su médico en nuestro nombre.

- Para llevar a cabo nuestras operaciones y administrar nuestros programas.

Por ejemplo, podemos usar y divulgar sus datos para garantizar que las personas que lo atienden le brinden servicios de alta calidad y reciban su pago en tiempo y forma. También podemos hacerlo para garantizar que reciba los servicios necesarios y para mejorar los servicios que recibe.

4. ¿Existe algún otro caso en que la AHS use y divulgue mis datos de salud sin mi autorización?

Son muy pocos los casos en que usamos y divulgamos datos sin su autorización. A veces la ley nos permite o nos exige hacerlo.

Podemos divulgar sus datos sin su autorización por los siguientes motivos personales:

- Con un pariente u otra persona que usted elija, en relación con la participación en su atención o el pago de ésta.
- Para notificar su paradero, afección o fallecimiento a su familia u otra persona responsable de su atención.
- Al director de una funeraria o un examinador médico que necesite la información para cumplir con sus obligaciones cuando una persona muere.
- Para un programa de indemnización laboral o similar.

Podemos divulgar sus datos sin su autorización por los siguientes motivos especiales:

- Para actividades de salud pública, como prevención o control de enfermedades, ayuda con retiros de productos, reportar reacciones adversas a medicamentos, lesiones o discapacidades y para llevar registros vitales de eventos tales como nacimientos o fallecimientos.
- Para fines de investigación, sujetos a restricciones legales estrictas.
- Con organizaciones que se encarguen de donaciones de órganos y trasplantes.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación legal, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso.
- A la policía cuando lo exija la ley.
- Para denunciar un delito cometido en nuestras instalaciones o contra el personal.
- Para denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades pertinentes.
- A una agencia de supervisión de salud por actividades cuando son autorizadas por ley, tales como auditorías e investigaciones.
- Al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, para una revisión de cumplimiento o una investigación de una queja, a menos que usted sea un postulante o afiliado del Plan de Seguro de Salud para Inmigrantes, cuya información se encuentra protegida frente a divulgaciones según 33 VSA § 2092(c).
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona o el público o a un policía con el propósito de la ley.
- Para desempeñar funciones gubernamentales especializadas, como la protección de funcionarios públicos, para la seguridad nacional, asuntos militares y a instituciones correccionales para ciertos propósitos.
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley.
- Con otra agencia que administre un programa gubernamental que brinde beneficios públicos, en relación con datos de admisibilidad o inscripción, y para coordinar, administrar y gestionar mejor otros programas gubernamentales.

Con la excepción de los motivos establecidos o de otra manera permitidos por la ley, no utilizaremos ni divulgaremos sus datos de salud sin su autorización por escrito.

5. ¿Qué sucede si otra entidad necesita mis datos de salud?

Usted puede solicitar que les proporcionemos sus datos a otros o podemos solicitar su permiso para hacerlo. Antes de divulgar cualquier dato, le pediremos que firme un formulario de autorización, el cual indica qué datos se divulgarán, cuáles son los motivos y la identidad de las personas a las que entregaremos la información. Puede cancelar su autorización en cualquier momento.

6. ¿Puedo elegir que alguien actúe por mí?

Si usted ha dado a alguien el poder médico o si

alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

7. ¿Puedo ver mi información de salud?

En la mayoría de casos, usted puede ver su información de salud. Usted debe pedir al Oficial de Privacidad, por escrito, para ver u obtener una copia de esta (ver información de contacto en la página 3). Proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de reclamos y de salud, usualmente dentro de 30 días de su solicitud. 4). También puede solicitar copias electrónicas de información que guardamos electrónicamente. Seguridad u otras razones legales pueden limitar la información que usted ve. Podemos cobrarle una cantidad razonable para las copias.

8. ¿Puedo cambiar mi información de salud?

Si considera que algunos de los datos de salud de su expediente son incorrectos, puede solicitar por escrito que los corrijamos o que agreguemos datos. Puede pedirnos que enviemos los datos corregidos o agregados a entidades que hayan recibido sus datos de salud previamente.
No modificaremos ni agregaremos ningún dato si, a nuestro criterio, la información es precisa y completa o por otros motivos. Si no estamos de acuerdo con modificar sus datos, le informaremos por escrito usualmente dentro de 60 días. También haremos constar en su expediente que nos solicitó que modifiquemos sus datos y que no estuvimos de acuerdo con la modificación.

9. ¿Puedo solicitar a la AHS que limite el modo en que usa y divulga mis datos de salud?

Puede pedirnos que limitemos el modo en que usamos y divulgamos sus datos de salud. Debe hacer el pedido por escrito e indicarnos qué restricciones desea que apliquemos. Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados a aceptarla.

10. ¿Puedo solicitar que la AHS se comunique conmigo de manera confidencial?

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted a través de un medio alternativo razonable o en un lugar alternativo. Debe presentar su solicitud por escrito e indicarnos dónde y cómo debemos comunicarnos con usted. Haremos lo posible por cumplir con su pedido.

Si nos indica que necesita una comunicación alternativa para prevenir una divulgación de información que le coloque en peligro, vamos a respetar su solicitud.

11. ¿Puedo pedir una lista de las ocasiones en que la AHS ha divulgado mis datos de salud?

Puede solicitar un informe de las divulgaciones de sus datos de salud que hemos hecho por seis años antes de la fecha que usted solicita, con quien lo compartimos, y por qué. Debe presentar su solicitud por escrito ante el Jefe de Privacidad. La ley no nos exige que enumeremos todas las situaciones en las que divulgamos sus datos. Por ejemplo, no es necesario que enumeremos las ocasiones en que divulgamos sus datos por operaciones de atención de la salud, pago o tratamiento de la AHS o cuando lo hicimos en virtud de una autorización firmada por usted.

12. ¿Se me indicará si hay un incumplimiento de la privacidad o seguridad de la información sobre mi salud?

Le notificaremos por escrito en caso de haber un incumplimiento de la información sobre su salud. Un incumplimiento ocurre cuando alguien ve, usa o desvela sin permiso información sobre salud protegida de cualquier forma que comprometa la privacidad o seguridad de la información sobre salud. AHS utiliza los factores de evaluación de riesgo indicados en la Regla de Privacidad para determinar si la información fue comprometida.

13. ¿Qué leyes acata la AHS que se aplican a la privacidad de mis datos de salud?

Acatamos la Federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Ley Federal de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud de 1996), conocida como HIPAA. También acatamos toda ley federal o estatal que garantice protecciones de la privacidad más amplias que las de la HIPAA, cuando corresponda. Por ejemplo, acatamos la ley federal de confidencialidad sobre los programas de tratamiento por abuso de sustancias, 42 CFR Parte 2, las leyes estatales de confidencialidad sobre los expedientes de salud mental, 18 VSA § 7103 y 33 VSA § 2092(c).

14. ¿Puedo obtener una copia de esta notificación?

Sí, tiene derecho a una copia de esta notificación. Puede solicitarla en cualquier momento una copia escrita. Una versión

electrónica está con nuestra página en el internet www.humanservices.vermont.gov.

15. ¿La AHS puede cambiar sus prácticas de privacidad?

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y esta notificación. Cualquier modificación a nuestras prácticas se aplicará a datos suyos que ya tengamos y a información que recibamos de allí en adelante. Publicaremos una copia de cualquier notificación nueva en nuestro sitio web, www.humanservices.vermont.gov, y también se la enviaremos por correo.

16. ¿Con quién puedo comunicarme si tengo alguna pregunta sobre esta notificación?

Comuníquese con el Oficial de Privacidad por teléfono, al 802-241-0225 o por correo electrónico a: AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov, o por correo postal a:
AHS Oficial de Privacidad
c/o Agency of Human Services
Office of the Secretary
280 State Drive Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. ¿Cómo puedo presentar una queja si considero que se violaron mis derechos de privacidad?

Puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad por escrito o por teléfono. También puede presentar una queja ante la Oficina de Civil Rights, DHHS, JFK Federal Building Room 1875, Boston, MA 02203, o llamando al 1-800-537- 7697, o visitar:

https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SOBRE: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Además de prácticas de privacidad para los datos de salud, la AHS tiene pautas sobre la confidencialidad de la información que identifica a las personas a las que brindamos beneficios y servicios.

¿Qué es la información de identificación individual?

Es información creada o recibida por la AHS o sus contratistas o los cesionarios que identifica, o podría identificar en cierta medida, a una persona que recibe servicios o beneficios de AHS. Algunos ejemplos de información de identificación son:

- el nombre;
- el número de seguridad social;
- la fecha de nacimiento;
- la dirección;
- el número de teléfono.

¿En qué casos la AHS divulga mis datos de identificación sin mi permiso?

Podemos divulgar sus datos de identificación sin su permiso para la administración de nuestro propio programa. Por administración del programa se entiende las actividades necesarias para llevar a cabo las operaciones de la AHS. Dichas actividades consisten en:

- establecer su admisibilidad y el alcance de los servicios y la asistencia que solicitó, lo que supone la identificación y coordinación de estos servicios dentro de la AHS y con sus contratistas o cesionarios;
- la planificación, prestación, coordinación, financiación o el pago de los servicios y la asistencia para individuos y familias;
- la coordinación de los beneficios;
- la detección de fraudes y abusos;

- la participación en actividades de control de calidad y perfeccionamiento;
- la respuesta ante emergencias y la ayuda humanitaria;
- el cumplimiento de los requisitos legales, de información y financiación federales y estatales, a menos que AHS tenga prohibido compartir información sobre los postulantes o afiliados al Plan del Seguro de Salud para Inmigrantes con el gobierno de los Estados Unidos.

¿En qué casos la AHS debe contar con mi autorización para divulgar mis datos de identificación?

Necesitamos su permiso por escrito para divulgar sus datos de identificación con el fin de:

- considerar si puede recibir otros servicios además de los que ya solicitó;
- coordinar sus servicios con los prestadores que no tienen un contrato o una concesión con nosotros;
- consultar a profesionales externos a la AHS para aprovechar su experiencia;
- proporcionar sus datos a personas que usted elija.

Si no concede permiso en las circunstancias mencionadas, es posible que no podamos brindarle todos los servicios que puedan estar a su disposición.

Reconocimiento:

*Los Proveedores de Tratamiento Directo harán un esfuerzo de buena fe para obtener el acuso de recibo por escrito de la notificación. Si un reconocimiento no puede ser obtenido, el proveedor debe documentar sus esfuerzos para obtener el reconocimiento y la razón por la cual no fue obtenido.

Por el presente, acuso recibo de una copia de esta notificación.

Fecha: _____ _____

(Firma de la persona o el representante personal)

(Letra en imprenta de la persona o del representante personal)