

Aviso de la Ley de Privacidad para el Modelo de Comunidades de Salud Responsables (AHC)

Aviso de la Ley de Privacidad; fecha de vigencia: 5/22/2018

Su proveedor participa en el **Modelo de Comunidades de Salud Responsables (Accountable Health Communities, AHC)**, un programa que le conecta con programas de servicios sociales y comunitarios, además de los servicios de salud que usted recibe de su proveedor de cuidado de la salud. Este modelo incluye programas que pueden ayudar con necesidades de vivienda, alimentos, servicios públicos, casos de violencia o transporte.

Necesitamos recopilar información sobre usted para conectarle con los programas adecuados. La información que recopilamos incluye su nombre, números de identificación de Medicare o Medicaid, e información de contacto.

Usted decide si desea dar esta información

Compartir su información es su elección, y no afecta los servicios que usted recibe de su proveedor de cuidado de la salud. Si decide no proporcionar su información, su proveedor tal vez no pueda conectarle con servicios sociales y comunitarios a través de este programa. La información que usted proporcione nunca se usará para aplicar las leyes de inmigración.

Cómo se usa su información

Su proveedor compartirá su información con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), la agencia que administra el Modelo de Comunidades de Salud Responsables. Es posible que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deban compartir su información con otros, entre ellos:

1. Otras agencias del gobierno federal, estatal y local (como por ejemplo el Departamento de Justicia);
2. Su representante autorizado, si tiene uno;
3. Una persona o una compañía contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para realizar trabajos oficiales; y
4. Cualquier persona según lo exigido o permitido por la ley.

Puede obtener más información sobre cómo los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid manejan su información en: www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/Privacy-Policy.html.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están autorizados para recopilar su información conforme a la sección 3021 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (Ley Pública n.º 111-148), según sus enmiendas por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley Pública n.º 111-152). El Aviso del Sistema de Registros de la Ley de Privacidad asociado a esta recopilación es Estudios Maestros de Demostración, Evaluación e Investigación (Master Demonstration, Evaluation, and Research Studies, DERS) para la Oficina de Investigación, Desarrollo e Información (Office of Research, Development and Information, ORD), n.º de sistema de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid 09-70-0591, con sus enmiendas, Registro Federal 72, 19705, 19 de abril de 2007. Esta declaración proporciona el aviso exigido por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(3)).

Herramienta de detección para el Modelo de Comunidades de Salud Responsables

Nuestro objetivo es conectarle con los recursos comunitarios que usted necesita para ser saludable. Este proveedor de cuidado de la salud participa en el programa de Comunidades de Salud Responsables (Accountable Health Communities, AHC), financiado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Este programa puede ayudarle a conectarse con los servicios de su comunidad que pueden mejorar su salud. Al responder estas preguntas, podremos ofrecerle conexiones con servicios o programas que pueden ayudarle. Su información se mantendrá confidencial. La información que usted proporcione no afectará su estado de participación en Medicare o Medicaid. Usted debe responder las preguntas a su manera. No hay respuestas correctas o incorrectas. Las preguntas marcadas con un * son obligatorias.

1. *Complete la siguiente oración. Estoy respondiendo esta encuesta sobre...

- Mí mismo Mi hijo Otro adulto a quien cuido
- Otra (describa su relación con esa persona) _____

*Nombre: _____ Segundo nombre: _____ *Apellido: _____

Teléfono (domicilio): _____ Teléfono (celular): _____

Dirección de correo electrónico: _____

*Fecha de nacimiento: _____

*¿Cuál es su sexo?

- Masculino Femenino Otro

¿Cuál es el idioma de su preferencia?

¿Es de origen hispano, latino o español? *Elija todo lo que corresponda*

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, estadounidense mexicano, chicano
- Sí, portorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

¿Cuál o cuáles de las siguientes diría usted que es su raza? *Elija todo lo que corresponda*

- Indoamericano o nativo de Alaska Asiático
- Negro o afroamericano Blanco
- Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacífico Otra (especificar) _____

¿Cuál es el máximo grado o año de escuela que completó?

- Nunca asistió a la escuela o solo asistió al jardín de infantes
- Del grado 1 al 8 (Primaria)
- Del grado 9 al 11 (Escuela secundaria incompleta)
- Grado 12 o Desarrollo Educativo General (General Educational Development, GED) (Egresado de la escuela secundaria, diploma o título alternativo)
- De 1 a 3 años de estudios terciarios (Grado de Asociado, escuela con orientación comercial, vocacional o técnica)
- Cuatro años o más de estudios superiores (Egresado universitario)

*Dirección 1 _____ Dirección 2 _____
Dirección, casilla postal, c/o (Opcional) Apartamento, oficina, unidad, edificio, etc.
*Ciudad: _____ *Condado: _____
*Estado: _____ *Código postal: _____ *País: _____
Cobertura del seguro (Medicare, Medicaid, HICN)

***Tipo de cobertura de salud:**

N.º de Medicaid: _____ N.º de Medicare: _____
Comercial/No asegurado/Otro: _____
(marcar si corresponde)

Información

2. *¿Cuántas veces ha recibido cuidado en una sala de emergencias (Emergency Room, ER) en los últimos 12 meses?

Si está ahora en la sala de emergencias, cuente su visita actual. No cuente las visitas de cuidado de urgencia.

- Nunca 1 vez 2 veces o más

3. *¿Vive en alguno de los siguientes lugares?

- Vivo en una **residencia de vivienda asistida** Vivo en un **asilo de convalecencia**
- Vivo en un **centro de rehabilitación** o **centro de enfermería especializada**
- Vivo en un **programa de recuperación como paciente hospitalizado** por un problema con el alcohol o las drogas
- Vivo en un **centro psiquiátrico**
- Vivo en un **centro correccional**

- Sí No

Situación de vida

4. ¿Cuál es su situación de vida actual?

- Tengo un lugar estable para vivir
- Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- No tengo un lugar estable para vivir (*estoy viviendo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado*)

5. Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene problemas con algo de lo siguiente?

- Plagas como insectos, hormigas o ratones
- Pintura o caños con plomo
- Ausencia o mal funcionamiento de detectores de humo
- Falta de calefacción
- Mal funcionamiento de la cocina o estufa, o del horno
- Filtraciones de humedad
- Moho
- Ninguno de los anteriores

Alimentos

6. En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de recibir dinero para comprar más?

- Con frecuencia A veces Nunca

7. En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró simplemente no le duró y no tuvo dinero para comprar más?

- Con frecuencia A veces Nunca

Transporte

8. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le impidió ir a citas médicas, reuniones, trabajo o trasladarse para realizar tareas necesarias de la vida diaria?

- Sí No

Servicios públicos

9. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua amenazó con cortar el servicio en su domicilio?

- Sí No Ya lo cortaron

Seguridad

Dado que muchas personas son víctimas de violencia, maltrato y abuso, lo cual les afecta la salud, les hacemos las siguientes preguntas. (Marque con un círculo la respuesta que corresponda).

10. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le hace daño físico?

- 1 Nunca 2 Rara vez 3 A veces 4 Con bastante frecuencia
5 Con frecuencia

11. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le insulta o menosprecia?

- 1 Nunca 2 Rara vez 3 A veces 4 Con bastante frecuencia
5 Con frecuencia

12. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le amenaza con hacerle daño?

- 1 Nunca 2 Rara vez 3 A veces 4 Con bastante frecuencia 5 Con frecuencia

13. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le grita o maldice?

- 1 Nunca 2 Rara vez 3 A veces 4 Con bastante frecuencia 5 Con frecuencia

Apoyo familiar y comunitario

14. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de las personas que lo rodean?

- Nunca Rara vez A veces Con bastante frecuencia
 Con frecuencia

Contexto.

19. ¿Con cuántas personas vive actualmente?

Cuéntese y cuente a su cónyuge o pareja, sus hijos y cualquier otro dependiente. Si vive solo, escriba 1.

cantidad de personas

20. ¿Cuál es el ingreso anual de su núcleo familiar de todas las fuentes?

Incluya sus ingresos, así como los ingresos de cada una de las personas que contó más arriba en su núcleo familiar.

- Menos de \$10,000 De \$25,000 a menos de \$35,000

- De \$10,000 a menos de \$15,000
- De \$15,000 a menos de \$20,000
- De \$20,000 a menos de \$25,000
- De \$35,000 a menos de \$50,000
- De \$50,000 a menos de \$75,000
- \$75,000 o más

21. ¿Cuántos niños hay en su núcleo familiar? _____

22. Si tiene hijos, ¿cuántos hay en cada grupo de edad?

0-3 _____ 4-6 _____ 7-12 _____ 13-18 _____ 19-21 _____

FOR OFFICE USE ONLY

Is the patient on Medicare and/or Medicaid _____Yes _____No

Has the patient been to the ER 2 or more times in the last 12 months? _____Yes _____No

Did the patient answer “No” to “Do you live in any of the following locations” _____Yes _____No

Needs identified:

_____Housing

_____Utilities

_____Food

_____Safety (score first)

_____Transportation

_____Isolation

(To score the Safety questions add together the numbers of each answer. If it totals 11 or more, the answer is positive.)

***If all of the above are ‘yes’ and at least one need is identified, this patient is eligible for Navigation.**

Does the patient want navigation? _____Yes _____No

What is the preferred phone number to contact the patient? _____

Were resource lists provided? _____Yes _____No