

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

Aviso requerido por la Ley de Privacidad, en vigor a partir del 22/05/2018

Su Proveedor participa en el **Modelo de Comunidades de Salud Responsables**, un programa que lo conecta con programas comunitarios y de servicio social, además de los servicios de salud que usted recibe de su proveedor de atención médica. Esto incluye programas que pueden ayudar con vivienda, alimentos, servicios públicos, violencia o transporte.

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

Compartir información es decisión de usted

Compartir su información es decisión de usted, y no afectará los servicios que recibe de su proveedor de atención médica. Si decide no proporcionar su información, es posible que su proveedor no pueda conectarlo con los servicios sociales y comunitarios a través de este programa. La información que nos proporcione nunca será utilizada para aplicar las leyes de inmigración.

Cómo se utiliza su información

Su proveedor compartirá su información con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia que administra el Modelo de Comunidades de Salud Responsables. Puede ser necesario que CMS comparta su información con otros, entre ellos:

1. Otras agencias gubernamentales federales, estatales y locales (como el Departamento de Justicia);
2. Su representante autorizado, si lo tiene;
3. Una persona o empresa contratada por CMS para realizar trabajos oficiales; y
4. Cualquier otra persona según lo requiera o permita la ley.

Encontrará más información acerca de cómo CMS maneja su información en: www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/Privacy-Policy.html.

CMS está autorizado a recopilar su información de conformidad con lo dispuesto en la Sección 3021 de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, Ley Pública Núm. 111-148), y sus reformas establecidas por la Ley de Reconciliación de Educación y Atención Médica de 2010 (Health Care and Education Reconciliation Act, Ley Pública Núm. 111-152). El Aviso del Sistema de Registros de la Ley de Privacidad asociado con esta recopilación es la Demostración Maestra, Evaluación y Estudios de Investigación (Master Demonstration, Evaluation, and Research Studies, DERS) para la Oficina de Investigación, Desarrollo e Información (Office of Research, Development and Information, ORDI), Sistema CMS Núm. 09-70-0591, y sus reformas, Registro Federal 72, 19705, 19 de abril de 2007. Esta declaración proporciona el aviso requerido por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(3)).

Investigación de necesidades sociales

Nuestro objetivo es conectarle a la comunidad de recursos que usted necesita para mantenerse sano.

Este médico participa en el programa comunitario de cooperativa de cuidados responsables de la salud (AHC) financiado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Este programa puede ayudar a conectarle a los servicios en su comunidad que pueden mejorar su salud. Muchos de estos servicios son de bajo costo o gratuitos. Mediante sus respuestas seremos capaces de proporcionarle las conexiones a los servicios o programas que le pueden ayudar.

Esta información se conservará con carácter confidencial. La información que usted proporcione no afectará su condición de elegibilidad en Medicaid o Medicare.

Debe responder a las preguntas desde su punto de vista independiente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Las preguntas señaladas con un asterisco () son obligatorias.*

Información

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente):

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Código postal: _____

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

Medicaid#: _____ **Medicare#:** _____

1. Complete la siguiente información. Estoy respondiendo esta encuesta sobre...

- Yo mismo Mi hijo Otro adulto a quién le brindo atención
- Otro (describa su relación con esta persona) _____

2. ¿Cuántas veces recibió atención en una sala de emergencias en los últimos 12 meses?

Si se encuentra en la sala de emergencias ahora, cuente su visita actual. No cuente las visitas de atención de urgencia.

- 0 veces 1 vez 2 o más veces

3. ¿Vive en alguno de los siguientes lugares?

- Vivo en un **centro de vivienda asistida** (*esta es una opción de atención a largo plazo que brinda servicios de asistencia para la atención personal tal como comer, bañarse, vestirse o tomar medicamentos*).
- Vivo en un **hogar de ancianos** (*esta es una opción de atención a largo plazo que brinda atención médica las 24 horas del día, lo cual no sería posible en otra vivienda*).
- Vivo en un **centro de rehabilitación o centro de enfermería especializada** (*estos son centros que ayudan a una persona a sanar después de una enfermedad o lesión al brindar tratamientos como terapia física, ocupacional o del habla*).
- Vivo en una institución con un **programa de recuperación con internación** para problemas con las drogas o el alcohol.
- Vivo en una **institución psiquiátrica** (*esta es una institución de atención para la salud que brinda tratamiento para aquellas personas con enfermedades emocionales o de comportamiento*).
- Vivo en una **institución correccional** (*como la cárcel, una prisión, un centro de detención o penitenciaria*).

Sí No

Situación de vivienda

4. ¿Cuál es su situación de vivienda en la actualidad?

- Tengo un lugar estable para vivir.
- Actualmente tengo un lugar para vivir pero me preocupa perderlo en el futuro.
- No tengo un lugar estable para vivir (*me estoy quedando temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en la playa, en un automóvil, un edificio abandonado, en una estación de autobuses o tren, o en un parque*).

5. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pestes como insectos, hormigas o ratas | <input type="checkbox"/> Horno o cocina que no funciona |
| <input type="checkbox"/> Falta de detectores de humo o estos no funcionan | <input type="checkbox"/> Falta de calefacción |
| <input type="checkbox"/> Pintura o cañerías con plomo | <input type="checkbox"/> Pérdidas de agua |
| | <input type="checkbox"/> Moho |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Alimentos

Algunas personas han declarado lo siguiente con respecto a su situación alimentaria. Responda si las declaraciones fueron verdaderas FRECUENTEMENTE, A VECES o NUNCA para usted y su familia en los últimos 12 meses.

6. En los últimos 12 meses, se preocupó porque su alimentación se acabaría antes de que tuviera dinero para comprar más.

- Frecuentemente A veces Nunca

7. En los últimos 12 meses, los alimentos que compró no alcanzaron o no tuvo dinero para comprar más.

- Frecuentemente A veces Nunca

Transporte

8. ¿En los últimos 12 meses, la falta de un medio de transporte confiable le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajo u obtener cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí No

Servicios

9. ¿En los últimos 12 meses la compañía de electricidad, gas, combustible o agua amenazó con cancelar los servicios en su hogar?

- Sí No Ya lo han cancelado

Seguridad

Estamos haciendo las siguientes preguntas dado que muchas personas sufren violencia o abuso y esto afecta su salud.

10. ¿Cuán frecuente alguien, incluyendo su familia y amigos, la/lo lastiman físicamente?

- Nunca Rara vez A veces Bestante a menudo Frecuentemente

11. ¿Cuán frecuente alguien, incluida su familia y amigos, la/lo insulta o le habla con menosprecio?

- Nunca Rara vez A veces Bestante a menudo Frecuentemente

12. ¿Cuán frecuente alguien, incluida su familia y amigos, la/lo amenaza con lastimarla/o?

- Nunca Rara vez A veces Bestante a menudo Frecuentemente

13. ¿Cuán frecuente alguien, incluida su familia y amigos, le grita o la/lo maldice?

- Nunca Rara vez A veces Bestante a menudo Frecuentemente

Apoyo familiar y de la comunidad

14. ¿Cuán frecuente se siente sola/o o aislada/o de los que la/lo rodean?

- Nunca Rara vez A veces Bestante a menudo Frecuentemente

Antecedentes

Ahora nos gustaría saber un poco más sobre usted.

15. ¿Cuál es su sexo?

- Masculino Femenino

16. ¿Es de origen hispanico, latino o español?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

- No tiene origen hispanico, latino
 Sí, es mexicana/o, americano-mexicana/o o chicana/o
 Sí, es puertorriqueña/o
 Sí, es cubana/o
 Sí, otro origen hispanico, latino

17. ¿Cuál de las siguientes diría que es su raza?

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.

- Indio americano/Nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Blanco
 Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico Otro (especifique)____

18. ¿Cuál es el mayor grado o año de escuela que completó?

- Nunca asistió a la escuela o solo fue al jardín de infantes.
 Grados 1 a 8 (*Escuela primaria*).
 Grados 9 a 11 (*Parte de la escuela secundaria*).
 Grado 12 o GED (*Graduado de la escuela secundaria, posee un diploma o credenciales alternativas*).
 Universidad 1 a 3 años (*Algo de educación universitaria, un diploma intermedio, la escuela de oficios, vocacional o técnica*).
 Universidad de 4 años o más (*Graduado de la universidad*).

19. ¿Con cuántas personas vive actualmente?

Cuéntese a usted mismo, su cónyuge o pareja, sus hijos y cualquier otro dependiente. Si vive sola/o, coloque 1.

NÚMERO DE PERSONAS

20. ¿Cuál es el ingreso anual del hogar proveniente de todas las fuentes?

Incluya su ingreso así como el ingreso de todas las personas que haya contado en la pregunta anterior.

- Menos de \$10,000 Entre \$25,000 y \$35,000
 Entre \$10,000 y \$15,000 Entre \$35,000 y \$50,000
 Entre \$15,000 y \$20,000 Entre \$50,000 y \$75,000
 Entre \$20,000 y \$25,000 \$75,000 o más