



JACKSON COUNTY

Community Justice

DUII Office
Jackson County Community Justice
1101 West Main Street, Suite 101
Medford OR 97501
(541) 774-4969

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido soltera

Alias: _____ Nº seguro social: _____
Apellido Primer nombre Inicial 2º nombre

Raza: Blanca Negra Indígena americana Asiática Hispana Otra: _____ Sexo: Hombre Mujer

Nº licencia de conducir: _____ Estado: _____ Estados donde vivió antes: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Dirección: _____
Calle y número Ciudad Estado Cód. postal

Dirección postal: _____
(si es diferente) calle y número Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono para mensajes: _____

MEDIDAS SUSTITUTIVAS DE PENAS POR DUII:

- No consumir cualquier tipo de alcohol o sustancias tóxicas durante el acuerdo de Diversion.
- No conducir un automotor cuando se tienen sustancias tóxicas en la sangre o mientras se consumen sustancias tóxicas.

LIBERTAD CONDICIONAL POR DUII:

- Abstenerse de consumir sustancias tóxicas.

MEDIDAS SUSTITUTIVAS DE PENAS O LIBERTAD CONDICIONAL POR DUII – Debe completar lo siguiente:

- Derivación al Programa de Tratamiento por DUII, que tiene lugar en 1101 West Main Street, Suite 101, Medford, OR 97501. **Este tratamiento se debe completar dentro de los 60 (sesenta) días de la fecha de admisión en el programa de medida sustitutiva de pena, de la fecha de condena o de la fecha de liberación de la custodia; o dentro de los 30 (treinta) días de haber completado o cancelado un plan de pagos de la Derivación al Programa de Tratamiento por DUII (si corresponde).**
- Tratamiento por DUII con Certificación Estatal, que tiene lugar en la agencia de tratamiento. **Debe inscribirse dentro de los 30 (treinta) días de haber completado con éxito la Derivación al Programa de Tratamiento por DUII. Debe presentar comprobante de inscripción y realización del tratamiento en Justicia Comunitaria del Condado de Jackson.**
- Panel de Impacto para Víctimas (VIP): para más información, comunicarse con el Tribunal de Circuito del condado de Jackson al (541) 776-7171, interno 583.

Para conocer todos los requisitos del tribunal, consulte su Petición y Acuerdo Uniforme de Medidas Sustitutivas de Penas por DUII o el Fallo de Condena y Sentencia.

CAMBIO DE DIRECCIÓN O NÚMERO DE TELÉFONO:

- Justicia Comunitaria del Condado de Jackson debe estar siempre al tanto de su dirección y Nº de teléfono actualizados.

TARIFAS: NO PODEMOS ACEPTAR PAGOS POR CHEQUE PERSONAL O CHEQUE DE PAGO DE SERVICIOS

- La tarifa de derivación de \$150 y **TODAS** las tarifas por DUII (si corresponde) se deben pagar por completo antes de programar una Derivación al Programa de Tratamiento por DUII. **Escoja una de estas opciones con sus iniciales:**

_____ Rechazo un plan de pagos y me comprometo a pagar en un plazo de 30 (treinta) días a partir de hoy.

_____ Solicito un plan de pagos por el que tendré que pagar una tarifa no reembolsable de \$25.

Los pagos en efectivo se pueden hacer sólo en persona. Los pagos que no sean en efectivo se pueden hacer en persona o por correo a: Jackson County Community Justice, 1101 West Main Street, Suite 101, Medford, OR 97501.

Las órdenes de pago o cheques de caja se deben hacer a nombre de: JCCJ (incluya además su nombre y fecha de nacimiento).

- He leído y comprendo la información detallada en este documento y afirmo que toda la información que aparece es verdadera y completa. Si no cumplo con lo exigido incurriré en una violación de Medida Sustitutiva de Pena o de Libertad Condicional, lo que podrá dar como resultado que mi caso se vuelva a enviar al tribunal y que se me cobre una tarifa de Ejecución de DUII.

Firma _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY: Interpreter required – Language: _____

TCU DRUG SCREEN II

Durante los últimos 12 meses (antes de estar encarcelado, si se aplica)		Sí	No
1.	¿Usó cantidades mayores de drogas indeseadas por un periodo más largo de tiempo de lo que había planeado o previsto?		
2.	¿Trató de disminuir el uso de drogas pero no le fue posible hacerlo?		
3.	¿Se pasó mucho tiempo en lidiando drogas, usándotas o recuperándose de sus uso?		
4a.	¿Llegó a ponerse en un estado tan eufórico o enfermo por las drogas que no pudo trabajar, ir a la escuela u ocuparse de sus hijos?		
4b.	¿Llegó a ponerse en un estado tan eufórico o enfermo por las drogas que ocasionó un accidente o lo expuso a usted u a otros en peligro?		
5.	¿Se pasó menos tiempo en el trabajo, en la escuela o con amigos para poder usar drogas?		
6a.	¿Su uso de drogas ocasionó problemas emocionales o psicológicos?		
6b.	¿Su uso de drogas ocasionó problemas con la familia, el trabajo o la policía?		
6c.	¿Su uso de drogas ocasionó problemas de salud física o médicos?		
7.	¿Aumentó la cantidad de una droga que estaba tomando para poder obtener los mismos efectos de antes?		
8.	¿Alguna vez siguió tomando una droga para evitar síntomas de retro enfermedad?		
9.	¿Se enfermó o manifestó síntomas de retro cuando dejó de usar o suspendió el uso de una droga?		

10.	¿Cuál es la droga que le ha ocasionado los problemas mas graves?	Ninguna Alcohol Marihuana/Hashis Alucinógenos/LSD/PCP/drogas psicodélicas/Hongos Inhalantes Crack/Freebase Heroína y Cocaína en combinación (Speedball)	Cocaína (sola) Heroína (sola) Metadona de la calle (sin receta médica) Otros opiáceos/Opio/Morfina/Demerol Metanfetaminas Anfetaminas y otros estimulantes (uppers) Tranquilizantes/barbitúricos/calmantes (downers)
	[ESCOJA UNA]		

¿ CON QUÉ FRECUENCIA USÓ CADA TIPO DE DROGA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	NUNCA	SOLO UNAS CUANTAS VECES	1-3 VECES AL MES	1-5 VECES POR SEMANA	CASI TODOS LOS DIAS
11a. Alcohol					
11b. Marihuana/Hashis					
11c. Alucinógenos/LSD/PCP/drogas psicodélicas/Hongos					
11d. Inhalantes					
11e. Crack/Freebase					
11f. Heroína y Cocaína en combinación (Speedball)					
11g. Cocaína (sola)					
11h. Heroína (sola)					
11i. Metadona de la calle (sin receta médica)					
11j. Otros opiáceos/Opio/Morfina/Demerol					
11k. Metanfetaminas					
11l. Anfetaminas y otros estimulantes (uppers)					
11m. Tranquilizantes/barbitúricos/calmantes (downers)					
11n. Otras drogas (especifique)					

12. Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se inyectó drogas con una aguja?
- Nunca Sólo unas cuantas veces 1-3 veces al mes 1-5 veces por semana A diario
13. ¿Qué tan serio piensas usted son sus problemas con las drogas?
- Nada en lo absoluto Un poco Moderado Considerable Extremado
14. ¿Cuántas veces antes de ahora ha participado en un programa de tratamiento de drogas? (No incluya reuniones de AA/ NA/ CA)
- Nunca 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces o más
15. ¿Qué tan importante le es a usted recibir tratamiento para las drogas ahora?
- Nada en lo absoluto Un poco Moderado Considerable Extremado



JACKSON COUNTY

Community Justice

DUII Office
 Jackson County Community Justice
 1101 West Main Street, Suite 101
 Medford OR 97501
 (541) 774-4969

CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES DE ALCOHOL Y DROGAS

Nombre: _____ Fecha: _____
 Apellido Nombre Inicial 2º nombre Apellido de soltera

1. ¿Tiene empleo en la actualidad? Sí No
 Tipo de trabajo / ocupación: _____ Salario: _____ Duración del empleo: _____
2. ¿Tiene más de un empleo? Sí No
 Tipo de trabajo / ocupación: _____ Salario: _____ Duración del empleo: _____
3. ¿Alguna vez lo despidieron de un empleo? Sí No Si contestó "Sí", ¿por qué?: _____
4. Servicio militar Fuerza: _____ Fecha de Baja: _____ Tipo de baja: _____
5. Información sobre arrestos: ¿Prueba de aliento o drogas? Sí No Resultados del CAS: _____
6. ¿Alguna vez estuvo en tratamiento por problemas de alcohol o drogas? Sí No

Si contestó "Sí":

Dónde: _____	Cuándo: _____	Tipo de tratamiento: _____
Dónde: _____	Cuándo: _____	Tipo de tratamiento: _____
Dónde: _____	Cuándo: _____	Tipo de tratamiento: _____
Dónde: _____	Cuándo: _____	Tipo de tratamiento: _____
Dónde: _____	Cuándo: _____	Tipo de tratamiento: _____

7. ¿Cuáles son sus hábitos actuales de consumo de alcohol o drogas? (marque todos los que correspondan)

- Consumo diario de alcohol o drogas por la mañana o en el trabajo.
- Consumo de alcohol o drogas por las noches los días de semana.
- Consumo de alcohol o drogas los fines de semana.
- Consumo ocasional de alcohol o drogas con amigos en fiestas, bares, etc.
- Consumo ocasional excesivo de alcohol o drogas debido a estrés emocional, celebraciones u otras razones (especificar)

Otro (especificar)

8. ¿Cuándo usted utiliza alcohol/las drogas, en el promedio durante los últimos dos años, cuánto le hace utiliza a la vez?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 7-8 | <input type="checkbox"/> 13-14 | <input type="checkbox"/> 19 o más |
| <input type="checkbox"/> 3-4 | <input type="checkbox"/> 9-10 | <input type="checkbox"/> 15-16 | |
| <input type="checkbox"/> 5-6 | <input type="checkbox"/> 11-12 | <input type="checkbox"/> 17-18 | |

9. ¿Consumió alcohol o drogas en los últimos dos meses? Sí No

10. ¿Cuántos días hace que usted consumió alcohol o drogas por última vez? _____ días

11. ¿Consumió alcohol o drogas a diario en los últimos dos meses? Sí No

12. ¿Qué tipo de alcohol o drogas consume usted normalmente?

- Cerveza Tragos Drogas (especificar) _____
 Vino Mezcla de bebidas

13. ¿Puede usted dejar de consumir alcohol o drogas cuando quiere? Sí No

14. ¿Dónde ocurre la mayor parte de su consumo de alcohol o drogas?

- En casa.
 Fuera de casa: en bares, salones, restaurantes, fiestas, etc. (especificar) _____
 Otro (especificar) _____

15. ¿Con quién consume usted alcohol o drogas?

- Solo Con amigos Con compañeros de trabajo
 Con la familia Con vecinos

16. Sus hábitos de consumo de alcohol o drogas, ¿fueron alguna vez diferentes de lo que son en la actualidad? Sí No

17. Si contestó "Sí" en la pregunta 16, ¿cuáles eran sus hábitos de consumo de alcohol o drogas en el pasado? (marque todos los que correspondan)

- Consumo diario de alcohol o drogas por la mañana o en el trabajo.
 Consumo de alcohol o drogas por las noches los días de semana.
 Consumo de alcohol o drogas los fines de semana.
 Consumo ocasional de alcohol o drogas con amigos en fiestas, bares, etc.
 Consumo ocasional excesivo de alcohol o drogas debido a estrés emocional, celebraciones u otras razones
(especificar) _____
 Otro (especificar) _____

18. Si contestó "Sí" en la pregunta 16, ¿cuándo y por qué cambiaron sus hábitos de consumo de alcohol o drogas?

¿Cuándo? _____

- Comencé a consumir alcohol o drogas por problemas matrimoniales.
 Comencé a consumir alcohol o drogas por problemas de trabajo.
 Comencé a consumir alcohol o drogas por el grupo de amigos que frecuentaba.
 Comencé a consumir alcohol o drogas por alguna razón (especificar) _____
 Dejé de consumir alcohol o drogas por alguna razón (especificar) _____

19. ¿Puede usted dejar de consumir alcohol o drogas sin problemas? Sí No

20. Usted considera que su consumo de alcohol o drogas es:

- Muy bajo Bastante bajo Bastante alto Muy alto

21. ¿Cuáles eran los hábitos de consumo de alcohol o drogas en el hogar de sus padres? (marque todos los que correspondan)
- No se permitía el consumo de alcohol o drogas en el hogar.
 - El consumo de alcohol o drogas en el hogar sólo se permitía en ocasiones sociales.
 - Consumo moderado de alcohol o drogas.
 - Alto consumo de alcohol o drogas en forma regular (¿quién?) _____
 - Uno o más miembros de la familia con problemas de alcohol o drogas.
22. ¿La mayoría de sus amigos consume alcohol o drogas? Sí No
23. ¿Cuál es su actitud sobre consumir alcohol o drogas y conducir? (marque todas las que correspondan)
- No tengo ninguna regla en cuanto a consumir alcohol o drogas y conducir.
 - No tomo ninguna precaución al conducir después de consumir alcohol o drogas.
 - Conduzco después de consumir alcohol o drogas:
 - Con frecuencia
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
 - Hago todo lo posible por no conducir después de consumir alcohol o drogas (como tomar un taxi, dejar el auto en casa, pedirle a un amigo que me lleve)
24. ¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a su consumo de alcohol o drogas? Sí No
25. Su consumo de alcohol o drogas, ¿alguna vez le hizo perder un empleo? Sí No
26. ¿Descuidó usted alguna vez sus obligaciones familiares o laborales por dos días seguidos o más por estar consumiendo alcohol o drogas? Sí No
27. ¿Tiene usted algún pasatiempo o interés especial fuera del trabajo? Sí No
28. ¿Tuvo usted algún problema grave de salud en los últimos dos meses? Sí No
29. En los últimos dos meses, su consumo de alcohol o drogas:
- Aumentó
 - Se mantuvo igual
 - Se redujo
30. ¿Alguna vez se despertó por la mañana después de haber consumido alcohol o drogas la noche anterior y se dio cuenta de que no podía recordar algo de la noche anterior? Sí No
31. ¿Consume usted alcohol o drogas "la mañana siguiente" para evitar los efectos de la resaca? Sí No
32. ¿Asistió a sesiones de terapia durante el último mes? Sí No
33. ¿Además de como un invitado, ha asistido alguna vez usted a unos Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA)? Sí No
34. ¿Alguna vez se desmayó debido al consumo excesivo de alcohol o drogas? Sí No
35. ¿Alguna vez le dijeron que usted tiene problemas hepáticos o cirrosis? Sí No
36. ¿Ha experimentado delirium tremens (D.T.), sentido temblores fuertes, escuchado voces o visto cosas que no estaban allí después de un elevado abuso de drogas? Sí No
37. ¿Alguna vez pidió ayuda debido a su consumo de alcohol o drogas? Sí No
38. ¿Alguna vez estuvo en un hospital debido a su consumo de alcohol o drogas? Sí No
39. ¿Alguna vez estuvo internado en un hospital psiquiátrico o en el pabellón psiquiátrico de un hospital general debido a que parte de su problema era el consumo de alcohol o drogas? Sí No

40. ¿Alguna vez estuvo internado en una clínica psiquiátrica o de salud mental, o consultó a un médico, trabajador social o ministro religioso para recibir ayuda por algún problema emocional relacionado con el consumo de alcohol o drogas?

Sí No

41. Marque el casillero en la columna que corresponda para responder cada pregunta:

	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
¿Tuvo alguna vez pensamientos suicidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Intentó suicidarse alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. ¿Se ha metido en peleas al consumir alcohol o drogas?

Sí No

43. ¿Cómo uso de alcohol/droga le afecta? (cheque uno o más del siguiente como ellos aplican)

- Utilice lenguaje abusivo y/o llegue a ser pendenciero
- Llegue a ser físicamente y/o emocionalmente abusivo
- No mantiene a su familia (porque falta al trabajo, por ejemplo).
- Al consumir alcohol se vuelve una persona no confiable, irresponsable y se ausenta del hogar.
- Llegue a ser físicamente y/o emocionalmente abusivo
- Otros (especificar):

44. ¿Alguna vez lo arrestaron (aunque sea por pocas horas) debido a su comportamiento por haber consumido alcohol o drogas?

Sí No

45. ¿Alguna vez le presentaron cargos por infracciones de tránsito relacionadas con el consumo de alcohol o drogas aparte de la que originó esta derivación?

Sí No

46. ¿Tuvo alguna crisis personal en los últimos seis meses, como por ejemplo la muerte de un ser querido o una enfermedad grave?

Sí No

47. ¿Se siente mal por su consumo de alcohol o drogas?

Sí No

48. Su cónyuge (u otro familiar), ¿alguna vez se preocupa o se queja por su consumo de alcohol o drogas?

Sí No

49. Su consumo de alcohol o drogas ¿alguna vez le provocó problemas con su cónyuge o pareja?

Sí No

50. Su cónyuge (u otro familiar), ¿alguna vez pidió ayuda a alguien debido a su consumo de alcohol o drogas?

Sí No

51. ¿Alguna vez perdió amigos o un novio o novia debido a su consumo de alcohol o drogas?

Sí No

52. ¿Cómo le parece que han evolucionado sus condiciones de vida en estos últimos seis meses?

- Empeoraron Se mantuvieron igual Mejoraron

53. ¿Cambió su círculo de amistades en los últimos seis meses?

Sí No

54. ¿Piensa usted que tiene un posible problema con el alcohol o las drogas?

Sí No

55. ¿Se considera usted alcohólico o drogadicto?

Sí No

Firma: _____

Fecha: _____



CONDADO DE JACKSON
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

Fecha en que se hace efectivo: 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MEDICA DE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON MUCHA ATENCIÓN.

Esta carta está disponible en otros idiomas y en diferentes formatos que cumplen con los requisitos de la Ley de Americanos con Impedimentos (ADA).
Comuníquese con el Condado de Jackson al
tel. 541-774-8200, TTY 541-774-8138, o por fax al 541-774-7980.

El Condado de Jackson provee muchos tipos de servicios, tales como servicios de salud y servicios sociales. El personal del Condado de Jackson debe reunir información sobre usted para proveer estos servicios. El Condado de Jackson sabe que la información que reunimos sobre usted y su salud es privada. Por ley Federal y Estatal, el Condado de Jackson debe proteger esta información. A esta información la denominamos "información médica protegida" (PHI por sus siglas en inglés).

El Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad le informará cómo el Condado de Jackson puede usar o divulgar información sobre usted. No se describirán todas las situaciones posibles. El Condado de Jackson debe notificarlo de nuestras prácticas de confidencialidad para la información que reunimos y mantenemos sobre usted. El Condado de Jackson debe respetar los términos del aviso actualmente en vigencia.

El Condado de Jackson puede usar o divulgar información sobre usted sin su autorización

- **Para tratamiento.** El Condado de Jackson puede usar o divulgar información con los proveedores de atención médica involucrados en la atención de su salud. Por ejemplo, se puede compartir información para crear y llevar a cabo un plan para su tratamiento.
- **Para pago.** El Condado de Jackson puede usar o divulgar información para obtener el pago o realizar el pago de los servicios de atención de la salud que usted recibe. Por ejemplo, El Condado de Jackson puede proveer información médica protegida o PHI para cobrar a su plan de salud por la atención médica que usted recibió.
- **Para gestiones de atención de la salud.** El Condado de Jackson puede usar o divulgar información para administrar sus programas y actividades. Por ejemplo, El Condado de Jackson puede usar PHI para evaluar la calidad de los servicios que usted recibe.

- **Citas y demás información sobre salud.** El Condado de Jackson puede enviarle recordatorios para atención médica o chequeos. El Condado de Jackson puede enviarle información sobre servicios de salud que pueden ser de interés para usted.
- **Para actividades de salud pública.** El Condado de Jackson es la agencia de salud pública que guarda y actualiza los registros demográficos como nacimientos y defunciones, y lleva el seguimiento de algunas enfermedades.
- **Para actividades de supervisión de la salud.** El Condado de Jackson puede usar o divulgar información para evaluar o investigar a los proveedores de atención médica.
- **Según lo exige la ley y para el cumplimiento de la ley.** El Condado de Jackson utilizará y divulgará información según lo requerido o permitido por ley federal o estatal o por una orden judicial.
- **Para denuncias e investigaciones de abuso.** La ley requiere que El Condado de Jackson reciba e investigue denuncias de abuso.
- **Para programas del gobierno.** El Condado de Jackson puede usar y divulgar información para beneficios públicos de otros programas del gobierno. Por ejemplo, El Condado de Jackson puede divulgar información para la determinación de los beneficios del Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).
- **Para evitar daños.** El Condado de Jackson puede divulgar PHI a las agencias a cargo del cumplimiento de la ley para evitar amenazas graves a la salud y seguridad de una persona o del público en general.
- **Para investigación.** El Condado de Jackson usa información para realizar estudios y desarrollar informes. Estos informes no identifican a personas específicas.
- **Divulgación de información a la familia, amigos y otros.** El Condado de Jackson puede divulgar información a su familia o a otras personas involucradas en su atención médica. Usted tiene derecho a oponerse a esta divulgación de información.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización escrita.

- Para otras situaciones, El Condado de Jackson le pedirá su autorización escrita antes de usar o divulgar información. Usted puede cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. El Condado de Jackson no puede revocar ningún uso o divulgación realizados previamente con su autorización.
- **Otras leyes protegen la PHI.** Muchos programas de El Condado de Jackson tienen otras leyes para el uso y divulgación de la información sobre usted. Por ejemplo, usted debe dar su autorización por escrito para que El Condado de Jackson use y divulgue sus registros de tratamiento de salud mental y de dependencia química.

Sus derechos de confidencialidad para la PHI

Cuando El Condado de Jackson mantiene información en su carácter de agencia de salud pública, los registros de salud pública son regulados por otras leyes estatales y federales y no están sujetos a los derechos que se describen a continuación.

- **Derecho a ver y obtener copias de sus registros.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver o a obtener copias de sus registros. Debe hacer el pedido por escrito. Se le puede cobrar una tarifa que cubra el costo del copiado de sus registros.
- **Derecho a solicitar la corrección o actualización de sus registros.** Si piensa que hay un error, puede solicitar que El Condado de Jackson modifique o agregue información que falta a sus registros. Debe hacer el pedido por escrito y fundamentar el motivo de su pedido.
- **Derecho a pedir una lista de divulgaciones.** Usted tiene derecho a pedir a El Condado de Jackson una lista de las divulgaciones realizadas después del 14 de abril de 2003. Debe hacer el pedido por escrito. Esta lista no incluirá las divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica. La lista no incluirá la información provista directamente a usted o su familia ni la información que se envió con su autorización.
- **Derecho a solicitar restricciones para el uso y divulgación de PHI.** Usted tiene derecho a solicitar que El Condado de Jackson limite la manera en que se usa y divulga su información. Debe hacer el pedido por escrito e indicar a El Condado de Jackson qué información desea limitar y a quién desea que se apliquen los límites. El Condado de Jackson no tiene obligación de aceptar dicha restricción. Usted puede solicitar la terminación de las restricciones verbalmente o por escrito.
- **Derecho a revocar una autorización.** Si se le pide que firme una autorización para el uso o divulgación de información, usted puede cancelar dicha autorización en cualquier momento. Debe hacer el pedido por escrito. Esto no afectará la información que ya fue divulgada.
- **Derecho a elegir la forma en que nos comunicamos con usted.** Usted tiene derecho a pedir a El Condado de Jackson que comparta información con usted de determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedir a El Condado de Jackson que le envíe información a su dirección de trabajo en lugar de enviársela a su domicilio particular. Este pedido se debe hacer por escrito. No tiene que explicar los motivos de su pedido.
- **Derecho a presentar una queja.** Usted tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la manera en que El Condado de Jackson usó o divulgó información sobre usted.
- **Derecho a solicitar una copia en papel de este aviso.** Usted tiene derecho a pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento.

Cómo ponerse en contacto con el Condado de Jackson para revisar, corregir o limitar su información médica protegida (PHI)

Usted puede ponerse en contacto con su oficina local del Condado de Jackson o el Oficial de Privacidad del Condado de Jackson (El Condado de Jackson Privacy Officer) en la dirección indicada al final de este aviso para:

- Pedir ver o copiar sus registros.
- Pedir que se limite la manera en que se usa o divulga la información sobre usted.
- Pedir que se cancele su autorización.
- Pedir que se corrijan o modifiquen sus registros.
- Solicitar una lista de las oportunidades en que El Condado de Jackson divulgó información sobre usted.

El Condado de Jackson puede revocar su pedido para ver, copiar o cambiar sus registros. Si El Condado de Jackson revoca su pedido, le enviará una carta explicándole por qué se revocó su pedido y cómo puede pedir que se revea la revocación. También recibirá información sobre cómo presentar una queja a El Condado de Jackson o a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights).

Cómo presentar una queja o denunciar un problema

Puede contactar a cualquiera de las personas indicadas a continuación si desea presentar una queja o denunciar un problema relacionado con la forma en que El Condado de Jackson utilizó o divulgó información sobre usted. Sus beneficios no se verán afectados por ningún reclamo que realice. El Condado de Jackson no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación, o negarse a aceptar algo que usted considera ilegal.

Office for Civil Rights

Medical Privacy, Complaint Division

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, HHH Building, Room 509H

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 866-627-7748 TTY: 886-788-4989 Email: www.hhs.gov/ocr

Para más información

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita más información, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad del Condado de Jackson

Condado de Jackson

Privacy Officer

1005 E. Main St.

Medford, OR 97504

Salem, Oregon 97301

Teléfono: 541-774-8200

Para más información

En el futuro, El Condado de Jackson puede modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier cambio que realice se aplicará a la información que El Condado de Jackson ya posee, como así también a cualquier otra información que El Condado de Jackson reciba en el futuro. Una copia del nuevo aviso se colocará en un lugar visible en todos los centros del Condado de Jackson y se proveerá según lo requerido por ley. Usted puede solicitar una copia del aviso actual en cualquiera de las instalaciones de El Condado de Jackson en cualquier momento.



CONDADO DE JACKSON
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Acuse de recibo
(Acknowledgement of Receipt)

Fecha que se hace efectivo: 14 de abril de 2003

POR FAVOR LEA CON MUCHA ATENCIÓN

El Aviso sobre Prácticas de Privacidad le indica la forma en que el Condado de Jackson puede usar o divulgar información sobre usted. No se describirán todas las situaciones. El Condado de Jackson debe darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad para la información que recolectamos y mantenemos sobre usted.

Yo, _____ (nombre del cliente) he recibido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Condado de Jackson y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la forma en que se va a usar mi información

Firma del cliente Fecha

Representante legal o personal de cliente (si corresponde) Parentesco

**Este formulario está disponible en otros idiomas y en diferentes formatos que cumplen con los requisitos de la Ley de Americanos con Impedimentos (ADA).
Comuníquese con El Condado de Jackson al tel. 541-774-8200, TTY 541-774-8138,
o por fax al 541-774-8138.**

Por favor haga llenar y firmar este documento por la persona que está recibiendo el Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Provea una copia a la persona; archive el original en su registro del caso.