



El Departamento de Salud del Condado de Mono desea saber:

**¿Tiene usted alguna  
Necesidad Especial o Discapacidad  
sobre la que alguien debería saber en caso de Desastre?**

Estimado Residente del Condado de Mono,

Saludos y gracias por darse el tiempo de leer y proporcionamos esta información. Para el *Mono County Health Department* (Departamento de Salud Pública del Condado de Mono) es muy importante asegurarse de que todos los ciudadanos en el condado estén preparados en caso de una emergencia verdadera; ya sea que usted viva aquí en forma permanente, o sólo venga de vacaciones.

Como usted sabe, por vivir en California y en un área rural, estamos acostumbrados a enfrentarnos con desastres de manera regular; a lo que hay que agregar las especiales circunstancias que enfrentamos en la era post 11 de septiembre, por la amenaza del terrorismo y la actual situación política. Debido a esto, es muy importante que todos nosotros estemos preparados para una posible emergencia. El Departamento de Salud Pública del Condado de Mono ha desarrollado una herramienta para ayudar a que los equipos de respuesta frente a emergencias ubiquen e identifiquen con rapidez a las personas que han proporcionado información sobre alguna necesidad especial o discapacidad y que puedan necesitar asistencia en el evento de un desastre. Esta información se utilizará solamente para la preparación y respuesta frente a desastres. Esto no significa que las personas no deberían prepararse con anticipación a una emergencia.

Si usted o cualquier otra persona en su hogar tiene alguna necesidad especial o discapacidad, por favor, complete este formulario y devuélvalo al Departamento de Salud Pública del Condado de Mono. Una Necesidad Especial o Discapacidad puede ser:

- Discapacidad física
- Discapacidad mental
- Ciego o impedido visual
- Sordo o con limitación auditiva
- Personas débiles de edad avanzada
- Condición cardíaca
- Enfermedad pulmonar o asmático
- Tiene necesidad de medicamentos de sustento vital (diabético, convulsiones, medicinas para alergias)
- Oxígeno dependiente

Este proceso es totalmente voluntario y esta información confidencial solamente será utilizada para la preparación y respuesta frente a desastres. A pesar de esto, le pedimos que usted y quienes viven en su hogar tomen las medidas para estar preparados para un desastre, en el caso de que un equipo de respuesta de emergencia no esté disponible de inmediato. Le enviaremos por correo información sobre cómo prepararse usted y su familia en el caso de que tal evento ocurriera. Además, le pedimos que notifique al Departamento de Salud Pública si su estado cambia, para mantener actualizados nuestros archivos. Todos nosotros aquí en el Departamento de Salud Pública, quisiéramos agradecerles por su tiempo; y si tienen cualquier pregunta, no duden en contactarnos llamando al (760) 924-1830.

Muy sinceramente,  
Lynda Salcido - Director de Salud Pública del Condado de Mono

# **Información sobre necesidades especiales o discapacidades**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Ubicación diurna: (Marque con un círculo la opción que corresponda)	Hogar	Trabajo	Escuela	Cuidado Infantil
	Centro de Cuidado para personas de edad avanzada		Otro: _____	
Dirección diurna:	_____			
No. de teléfono diurno:	_____			
No. de FAX diurno:	_____			
No. de cuadrante del asesor (Daytime Assessors Parcel No.) diurno (si se sabe):	_____			

Ubicación nocturna: (marque con un círculo la opción que corresponda)	Hogar	Trabajo	Escuela	Cuidado Infantil
	Centro de Cuidado para personas de edad avanzada		Otro: _____	
Dirección nocturna:	_____			
No. de Tel. nocturno:	_____			
No. de FAX nocturno:	_____			
No. de cuadrante del asesor (Daytime Assessors Parcel No.) nocturno (si se sabe):	_____			

Dirección postal:	_____			
No. de teléfono celular:	_____			
Dirección de Correo Electrónico:	_____	Cumpleaños:	_____	

Nombre de persona de contacto en caso de emergencia:	_____
No. de teléfono diurno de persona de contacto en caso de emergencia:	_____
No. de teléfono nocturno de persona de contacto en caso de emergencia:	_____
Lenguaje principal de hogar:	_____

Médico primario:	_____
No. de teléfono de Médico primario:	_____

<b><u>Comentarios:</u></b>
_____
_____
_____
_____

# Información sobre necesidades especiales o discapacidades

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

## Actividades de la vida diaria:

- Esta persona está acompañada por alguien en todo momento.
- Esta persona puede ser dejada sola hasta \_\_\_\_\_ horas/día
- Esta persona está sola aproximadamente \_\_\_\_\_ horas/noche.
- Esta persona siempre tiene a alguien disponible en caso de una emergencia.
- Esta persona es capaz de usar el teléfono para solicitar ayuda, si es necesario.

## El cliente necesita ayuda para:

### • Caminar

- Camina con andadera u otro aparato.
- Camina con apoyo de un ayudante.
- No camina, está limitada a una silla de ruedas.
- Sólo reposo en cama.

### • Intestino/Vejiga

- Ayudante necesario para apoyar a desplazarse al baño
- Sólo reposo en cama.

### • Estado mental

- La persona está alerta en todo momento.
- La persona puede estar o siempre está confundida y necesita supervisión.

### • Preparación de comidas

- Puede alimentarse solo después de que se le prepara la comida.
- Necesita ayuda para alimentarse.

### • Medicinas

- Puede tomar medicinas sin asistencia.
- Debe tener un ayudante presente para tomar las medicinas

## Necesita aparatos médicos

- Chata / orinal
- Tanque de oxígeno. Tamaño: \_\_\_\_\_ Uso constante: \_\_\_\_\_  
Uso según necesidad: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo dura el tanque?: \_\_\_\_\_
- Otro (por ej: dispositivo de succión, nebulizador): \_\_\_\_\_

## Medicinas:

---

---

---

---

---

## **Autorización**

- El lugar de residencia principal de esta persona es el Condado de Mono.
- El lugar de residencia secundaria de esta persona es el Condado de Mono.
- He recibido una copia de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad del Condado de Mono.
- Autorizo al Condado de Mono para usar la información proporcionada anteriormente, para fines de planificación y respuesta frente a emergencias y desastres
- En caso de una emergencia o desastre, autorizo al Condado de Mono para compartir esta información con otras agencias de respuesta frente a emergencias, para facilitar su accionar.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar por escrito mi(s) autorización(es), según los términos establecidos en la Notificación sobre Prácticas de Privacidad del Condado de Mono. La(s) autorización(es) precedente(s) tiene(n) vigencia hasta el \_\_\_\_\_.  
(ponga la fecha – máximo 1 año)

*El Condado de Mono no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que usted firme esta autorización. No obstante, sin su autorización, el Condado de Mono no puede usar la información específica que usted ha proporcionado en este folleto para planificación o respuesta frente a emergencias y desastres; y tampoco puede compartirlo con otros equipos de respuesta frente a emergencias en el caso que realmente ocurra una emergencia o desastre.*

Firma: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

## **Renuncia Legal**

A pesar de que la meta del Condado de Mono es poder servir a sus residentes con necesidades especiales o discapacidades en caso de que ocurra una emergencia, crisis médica, u otra situación parecida; ni el Condado ni su Departamento de Salud Pública garantizan o aseguran que se proporcionarán tales servicios. Nada de lo contenido en este folleto tiene la intención, o debería ser entendido así, de crear alguna obligación o deber de parte del Condado, sus agentes, oficiales, o empleados, para proporcionar cualquier servicio especial o adicional a aquellos individuos que proporcionen la información solicitada en él o al público en general.

<p>Envíe por correo a: Mono County Health Department Attn Emergency Preparedness Office P.O. Box 3329 Mammoth Lakes Ca. 93546 o Devuelva este formulario en cualquier oficina del Condado de Mono</p> <p>Teléfono: (760) 924-1830 Fax: (760) 934-1831</p>
---

**CONDADO DE MONO**  
**NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Esta Notificación describe cómo puede ser usada y revelada su información de salud; así como la forma en que usted puede tener acceso a tal información. Por favor, revisala cuidadosamente.**

El Condado de Mono proporciona varios tipos de servicios de salud, incluyendo paramédicos, salud mental, programas sobre el abuso del alcohol y drogas, y servicios de salud pública. El personal que provee estos servicios recolecta y archiva información acerca de usted para poder proporcionarle estos servicios. Esta información, llamada "información de salud protegida" (ISP), está resguardada por la ley Federal y Estatal. El Condado de Mono se compromete a la protección de la privacidad de esta información.

**El Condado de Mono puede usar y revelar información, sin su autorización, en las siguientes situaciones:**

**Para el tratamiento**

- Los paramédicos y el personal de los programas de Salud Mental y Salud Pública pueden usar o revelar información a otros proveedores de servicios de salud que estén participando en su tratamiento médico.
- La información de los expedientes de tratamiento sobre abuso de alcohol y drogas, o sobre el estado de VIH/SIDA, sólo puede ser compartida entre el personal que proporciona los servicios del tratamiento de alcohol y drogas o el personal que proporciona los servicios de VIH, respectivamente.

**Para pagos**

El Condado de Mono puede usar o revelar información para obtener el pago, o para pagar los servicios de salud que usted reciba. Por ejemplo, podemos proporcionar información de salud protegida para cobrar a su seguro médico por tratamientos que se le hayan suministrado a usted.

**Para procedimientos de atención médica**

Podemos usar o revelar información para administrar los programas y actividades anteriormente mencionadas. Por ejemplo, podemos usar información de salud protegida para revisar el nivel de calidad de los servicios que usted recibe.

**Para procedimientos de salud pública**

El condado de Mono tiene un programa de salud pública que mantiene y actualiza registros esenciales, tales como nacimientos y muertes, además de rastrear los casos de algunas enfermedades. En toda ocasión posible se quitará la identidad de la persona a la que pertenece la información, para que no se la pueda relacionar en forma personal con ella.

**Según sea requerido por ley y por agencias policiales**

- El Condado de Mono usará y revelará la información cuando sea requerido por la ley federal o estatal.
- Además, podemos revelar su información de salud protegida como respuesta a una orden judicial, citación judicial, orden de búsqueda y captura, orden de comparecencia u otro requerimiento legal.

**Para informes e investigación de abuso**

Ciertos miembros del personal del Condado de Mono están obligados por ley a notificar sospechas de abuso infantil y de adultos mayores, y pueden revelar información de salud protegida en el proceso de hacer tales notificaciones.

**Para evitar daños**

Ciertos miembros del personal pueden ser obligados a revelar información de salud protegida para advertir a una víctima o alertar a agencias policiales de una amenaza de violencia.

**Revelaciones a familia, amigos y otros.**

- Los paramédicos o consejeros de crisis del programa de Salud Mental, pueden revelar información de salud protegida a miembros de la familia u otras personas que puedan estar involucradas en la atención médica de emergencia, para facilitar algún tratamiento urgentemente necesario.
- La información sobre servicios de salud mental o tratamiento de alcohol y drogas proporcionado a un menor de edad, puede ser revelada a los padres o tutor de éste.

**En todas las demás situaciones, el Condado de Mono sólo puede usar o revelar información de salud protegida con su autorización, incluyendo los siguientes casos:**

- Revelación de información sobre salud mental o tratamiento de alcohol y drogas fuera del programa de tratamiento.
- Revelación de información que se puede relacionar con su identidad por parte del Departamento de Salud Pública sobre su estado VIH/SIDA.

**Sus derechos de privacidad respecto a su información de salud protegida.**

**Derecho de ver y obtener copias de sus expedientes.** En la mayoría de casos, usted tiene el derecho de ver u obtener copias de sus expedientes. Debe hacer la solicitud por escrito. Es posible que le cobren por el costo de copiar sus expedientes. Este derecho puede ser limitado en el caso de expedientes de salud mental

**Derecho de solicitar corrección o actualización de sus expedientes.** Si usted piensa que hay un error, puede pedir que el Condado de Mono cambie o agregue información faltante a sus expedientes. Debe hacer la solicitud por escrito y dar una razón para ella. El Condado de Mono no está obligado a estar de acuerdo con su solicitud.

**Derecho a obtener una lista de revelaciones.** Usted tiene derecho a solicitar del Condado de Mono una lista de las revelaciones de su información de salud protegida hechas en los últimos seis años. No obstante, no es obligatorio que las revelaciones hechas antes del 14 de abril, 2003 sean informadas. Esta lista no incluirá las revelaciones hechas por el Condado de Mono con su autorización, o información para realizar tratamiento, procedimientos de atención médica, revelaciones hechas a usted o a personas involucradas en su cuidado, para propósitos de seguridad nacional o inteligencia, a instituciones correccionales o agencias policiales, según sea requerido por ley, o como parte de una serie limitada de datos.

**El derecho de solicitar limitaciones sobre los usos o revelaciones de información de salud protegida.**

Usted tiene derecho a pedir que el Condado de Mono limite cómo se usa o revela su información. Debe hacer la solicitud por escrito e informar al Condado de Mono la información que desea limitar y a quienes afectan estos límites. El Condado de Mono no está obligado a estar de acuerdo con la restricción. Usted puede pedir que las limitaciones se terminen por escrito o verbalmente.

**Derecho a revocar esta autorización.** Si usted firmó una autorización para usar o revelar información, usted puede cancelar dicha autorización en cualquier momento. Debe hacer la solicitud por escrito. Esto no afectará a información que ya ha sido compartida.

**Derecho a elegir cómo nos comunicamos con usted.** Usted tiene derecho a pedir que el Condado de Mono comparta información con usted de cierta manera, o a cierta dirección. Por ejemplo, puede pedir que el Condado de Mono envíe información a la dirección de su trabajo en vez de a la dirección de su casa. Además, también puede especificar cómo desea que lo contactemos para recordarle sobre citas programadas. Debe hacer tales solicitudes por escrito. No tiene que explicar la razón de su solicitud.

**Derecho a presentar una demanda.** Usted tiene derecho a presentar una demanda si no está de acuerdo en cómo el Condado de Mono ha usado o revelado su información de salud protegida.

**Derecho de recibir una copia en papel de esta notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación o copias adicionales.

**Cómo contactarse con el Condado de Mono para revisar, corregir, o limitar su información de salud protegida.**

Usted puede contactarse con el Departamento de Salud Mental del Condado de Mono, el Departamento de Salud Pública, los Paramédicos de Condado de Mono, o el Oficial de Privacidad del Condado de Mono, en la lista de direcciones al final de esta notificación, para:

- Pedir mirar o copiar sus expedientes.
- Pedir que se limite cómo se usa su información de salud protegida.
- Solicitar que se cancele su autorización.
- Solicitar una corrección o un cambio en sus expedientes.
- Pedir una lista de revelaciones que ha hecho el Condado de Mono con su información.

El Condado de Mono puede rechazar su solicitud de mirar, copiar o cambiar sus expedientes. Si el Condado de Mono niega su solicitud, le enviaremos una carta que le explica por qué se está negando su solicitud, y cómo puede pedir una revisión del rechazo. Además recibirá información sobre cómo presentar una demanda contra el Condado de Mono o contra el *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights* (Departamento de Salud y Servicios Humanos del los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles).

**Cómo presentar una demanda o notificar sobre un problema**

Usted puede comunicarse con el Oficial de Privacidad del Condado de Mono, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si desea presentar una demanda o notificar un problema sobre cómo el Condado de Mono ha usado o revelado su información. Los servicios que usted recibe del Condado de Mono no se verán afectados por cualquier demanda que presente. El Condado de Mono no puede tomar represalias en contra de usted por presentar una demanda, cooperar con una investigación, o rehusar aceptar algo que usted cree puede ser ilegal.

Para presentar una demanda contra el Condado de Mono:

**Mono County Privacy Officer**  
Stacey Simon, Deputy County Counsel  
P.O. Box 2415, Mammoth Lakes, 93546  
Número de teléfono: 760-924-1700

Para presentar una demanda contra el Gobierno Federal:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
Office for Civil Rights  
Room 509F, HHH Building  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington D.C., 20201  
Número de Teléfono: 800-368-1019

**Cambios a esta notificación**

Nos reservamos el derecho de revisar o cambiar los términos de esta Notificación, y de aplicar dichos cambios a nuestras políticas y procedimientos relativos a su información médica / de salud. Usted tiene derecho a ser notificado(a) de cualquier cambio a esta Notificación y de recibir una copia escrita de dichos cambios. Para obtener una copia de esta notificación una vez que haya sido cambiada, puede pedirla tanto a su proveedor de servicios de tratamiento, o por medio de llamar o escribir al Oficial de Privacidad del Condado de Mono en la dirección entregada con anterioridad en este documento.

**El Condado de Mono está obligado por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida según se describe arriba; y proporcionar a los individuos avisos de sus deberes legales y las prácticas de privacidad en cuanto a la información de salud protegida.**