

# **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](http://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  
 Otro (describa su relación con esta persona) \_\_\_\_\_

\*Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

\*Apellido: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\*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 vivienda

4. ¿Cuál es su situación de vivienda 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 frecuencia  Siempre

## Contexto de vida actual

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.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000               | <input type="checkbox"/> De \$25,000 a menos de \$35,000 |
| <input type="checkbox"/> De \$10,000 a menos de \$15,000 | <input type="checkbox"/> De \$35,000 a menos de \$50,000 |
| <input type="checkbox"/> De \$15,000 a menos de \$20,000 | <input type="checkbox"/> De \$50,000 a menos de \$75,000 |
| <input type="checkbox"/> De \$20,000 a menos de \$25,000 | <input type="checkbox"/> \$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 \_\_\_\_\_

*Es posible que usted cumpla con los requisitos para servicios de coordinación de cuidado local gratuitos. Los Coordinadores de Cuidado pueden ayudarle a orientarse en los recursos locales, como asistencia para la vivienda, acceso a alimentos a bajo precio/gratuitos, transporte para las citas médicas, apoyo para el pago de los servicios públicos y otros recursos que es posible que usted no sepa que están disponibles. Este beneficio se ofrece a los miembros de Medicaid y a algunos miembros de Medicare\*.*

*Comprendo que es posible que esta información sea compartida con un Coordinador de Cuidado y que puede comunicarse conmigo para ayudarme a acceder a los recursos comunitarios para mis necesidades identificadas.*

*Número de teléfono que debería usar el Coordinador de Cuidado para comunicarse con usted: \_\_\_\_\_.*

*Si usted no desea que un Coordinador de Cuidado se comunice con usted, marque la casilla a continuación.*  
\_\_\_\_ No deseo que un Coordinador de Cuidado se comunice conmigo.

*\*(Todos los miembros de Medicaid cumplen con los requisitos para la Coordinación de Cuidado, los miembros de Medicare deben haber realizado 2 o más visitas al Departamento de Emergencias y haber indicado otra necesidad).*

### **EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO**

¿El paciente tiene Medicare o Medicaid? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No

¿El paciente ha estado en la sala de emergencias 2 veces o más en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No

Indique si el paciente respondió "No" a la pregunta "¿Vive en alguno de los siguientes lugares?" \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No

Necesidades que se identificaron:

- |                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| _____ Vivienda   | _____ Servicios públicos            |
| _____ Alimentos  | _____ Seguridad (calificar primero) |
| _____ Transporte | _____ Aislamiento                   |

(Para calificar las preguntas sobre Seguridad, sume los números de cada respuesta. Si da un total de 11 o más, la respuesta es positiva.)

**\*Si todas las respuestas de arriba son "sí", y se identifica por lo menos una necesidad, este paciente cumple los requisitos para Orientación.**

¿El paciente quiere orientación/coordinación de cuidado? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No

¿Hay un número de teléfono preferido para comunicarse con el paciente? \_\_\_\_\_

¿Se proporcionaron listas de recursos? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No