

**Breath Easy at Home**  
**(Programa Respira Bien en Casa)**  
**Autorización para usar y proporcionar información médica**

**Le solicitamos que nos permita proporcionar información suya y de su hijo al programa Respira Bien en Casa.**

- ❖ El programa Respira Bien en Casa es una colaboración de varias instituciones de la ciudad, entre ellas, Inspectional Services Department's Housing Inspection Division (División de Inspección de Viviendas del Departamento de Servicios de Inspección), Boston Medical Center (Centro Médico de Boston), Boston Public Health Commission (Comisión para la Salud Pública de Boston), Boston Urban Asthma Coalition (Coalición Urbana para el Asma de Boston), Bowdoin Street Health Center (Centro Médico de la Calle Bowdoin), y Asthma Regional Council of New England (Consejo Regional del Asma de New England). Este programa fue creado para mejorar el acceso y la comunicación entre proveedores médicos, instituciones de salud pública e instituciones de vivienda cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vivienda para los niños que padecen de asma y pueden agravarse debido las condiciones deficientes del medio ambiente en sus viviendas.

**¿Qué información proporcionaremos al programa Respira Bien en Casa?**

- ❖ Daremos al Departamento de Servicios de Inspección su:  
\_\_\_\_Nombre                      \_\_\_\_Dirección                      \_\_\_\_Teléfono  
\_\_\_\_Número de personas en su casa que padecen asma y la gravedad de su condición  
\_\_\_\_Otra información relacionada con sus condiciones de vivienda

**¿Qué significa dar mi información o la de mi hijo al programa Respira Bien en Casa?**

- ❖ A través del programa Respira Bien en Casa, usted y su familia tendrán prioridad con respecto a las inspecciones de vivienda.
- ❖ Hablaremos con el programa Respira Bien en Casa acerca de la naturaleza de la salud de su familia, cómo las condiciones deficientes de la vivienda pueden estar contribuyendo a los incidentes de asma o respiratorios en su casa, si el programa Respira Bien en Casa está asistiendo a su familia y cómo lo hace, y cómo dicho programa puede proporcionar mayor asistencia a su familia.
- ❖ Al firmar este formulario, usted acepta que proporcionemos su información al Departamento de Servicios de Inspección y que revelemos su información a otras organizaciones asociadas con el programa Respira Bien en Casa.

**La participación en el programa Respira Bien en Casa es voluntaria.**

- ❖ Su participación depende completamente de usted. No es obligatorio que nos permita identificarlo o remitirlo a los Servicios de Inspección. Su decisión (ya sea que acepte o no) no afectará su derecho a recibir atención médica en **(NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD)** ni el pago de sus servicios médicos. Tampoco afectará su inscripción en ningún plan de salud o ninguno de los beneficios a los que tenga derecho.

**Puede dejar de participar en el programa Respira Bien en Casa en el momento que desee.**

- ❖ No tiene que darnos una justificación.
- ❖ Puede dejar de participar cuando lo desee escribiendo a:

**(NOMBRE DEL ENCARGADO DE PRIVACIDAD DEL CENTRO DE SALUD)**

Exprese por escrito que desea que su institución deje de proporcionar información al programa Respira Bien en Casa. Escriba la fecha y firme la carta. También comunique a su pediatra o proveedor de servicios médicos que ya no desea participar en el programa.

- ❖ Si usted retira su autorización, esto no afectará ninguna acción que hayamos realizado antes de haber recibido su carta.
- ❖ Las reglas de privacidad de Estados Unidos no protegen la información revelada con el permiso de este formulario.

**Usted tiene derecho a obtener una copia de este formulario.**

**Esta autorización expirará en cinco años a partir de la fecha en que la firma excepto si la retira antes.**

**Si usted firma este formulario está aceptando que (NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD) utilice o de su información médica como se describió anteriormente.**

<b>NOMBRE DEL PACIENTE (letra impresa)</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE</b>
<b>FECHA</b>	<b>FIRMA (del paciente o representante autorizado)</b>
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO</b>	<b>DESCRIBA LA AUTORIDAD (por ejemplo, padre, tutor)</b>

**NOTA: Todos los integrantes de la familia y otras personas presentes deben firmar este formulario**