

## ADMISIÓN DE NEW WAYS FOR FAMILIES

¿Está aquí ☐ de forma voluntaria o por ☐ una orden judicial?

Fecha: \_\_\_\_\_

N.º de caso: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

N.º de celular: \_\_\_\_\_ ☐ Hogar/ ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Ocupación: \_\_\_\_\_

Años de educación completados: \_\_\_\_\_

Nombre de la otra parte/padre o madre: \_\_\_\_\_

Fecha del matrimonio: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo vivieron juntos? \_\_\_\_\_ Fecha de la separación final: \_\_\_\_\_

**Nombres y edades de los hijos que tiene con el padre/la madre que se indica anteriormente:**

Nombre	Edad	Grado	Escuela	Residencia principal

### Salud:

¿Usted, el padre/la madre o los niños tienen algún problema de salud? ☐ Sí ☐ No (Describa) \_\_\_\_\_

¿Medicamentos? ☐ Sí ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

### Seguridad:

¿Le ha preocupado su seguridad al interactuar con la otra parte? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez se contactó a la policía por tener preocupaciones de seguridad? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez hubo una orden de restricción según la Ley de Prevención de Abuso Familiar? ☐ Sí ☐ No

Fecha de revocación \_\_\_\_\_

*(La orden según la Ley de Prevención de Abuso Familiar [FAPA] la obtiene la parte que alega que ella o los niños sufren violencia doméstica de la otra parte)*

¿Alguna vez hubo una orden de protección contra el acoso? ☐ Sí ☐ No Fecha de revocación \_\_\_\_\_

*(Una orden de protección contra el acoso la obtiene la parte que alega una conducta de acoso de la otra parte)*

¿Alguna vez hubo una orden de prohibición de contacto vigente? ☐ Sí, ☐ Civil o ☐ penal ☐ No Fecha de revocación \_\_\_\_\_

### Departamento de Servicios Humanos (DHS), Servicios de Protección del Menor (CPS):

¿El DHS o los CPS han estado involucrados con su familia (en el pasado o en la actualidad)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", ¿cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

**Problemas de crianza conjunta:** ¿Qué asuntos generan conflicto entre usted y el padre/la madre? \_\_\_\_\_

¿Qué cosas esperaba que mejoraran o se resolvieran mediante la participación en el grupo de crianza de New Ways? \_\_\_\_\_

Describa algún factor especial sobre usted mismo, el padre/la madre o los niños que considere importante mencionar en este momento. \_\_\_\_\_

**Califique lo siguiente con una escala de 1 a 10, en la que 1 = pobre y 10 = excelente:**

- \_\_\_\_\_ Nivel de comunicación y colaboración con el padre/la madre.
- \_\_\_\_\_ Flexibilidad y seguimiento con el plan de crianza actual.
- \_\_\_\_\_ Su capacidad y la del padre/la madre para acordar las normas y expectativas para los niños.
- \_\_\_\_\_ La medida en que usted apoya el vínculo de los niños con el otro padre/madre.
- \_\_\_\_\_ La medida en que el otro padre/madre apoya el vínculo de los niños con usted.
- \_\_\_\_\_ Transiciones/intercambios de los niños entre usted y el otro padre/madre.
- \_\_\_\_\_ Los sentimientos de los niños con respecto a pasar tiempo con usted.
- \_\_\_\_\_ Los sentimientos de los niños con respecto a pasar tiempo con el otro padre/madre.

**Marque todas las opciones que le preocupen:**

- |                        |   |                            |
|------------------------|---|----------------------------|
| Consumo de alcohol:    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Consumo de drogas:     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Violencia conyugal:    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Maltrato infantil:     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Violencia doméstica:   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Hostigamiento:         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Armas:                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Conducta controladora: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Manejo de la ira:      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Altibajos emocionales: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Depresión:             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Ansiedad:              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Conducta delictiva:    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Conducta sexual:       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Apuestas:              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Manejo del dinero:     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Manejo del tiempo:     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Cuidado personal:      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |
| Entorno del hogar:     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuál de los padres? _____ |

Haga una descripción breve de las opciones para las que marcó "sí": \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN NEW WAYS FOR FAMILIES**

Los Servicios de conciliación del condado de Washington solicitan que los clientes otorguen su consentimiento informado antes de comenzar el programa New Ways for Families. Lea detenidamente la siguiente información, revísela con su consejero de conciliación si es necesario y firme al final para indicar su deseo de participar.

Los residentes del Condado de Washington que tienen hijos y que buscan a resolver los problemas de su relación, discutir asuntos acerca de ajustar a la separación o divorcio, o discutir las preocupaciones de la crianza de los niños pueden recibir consejería con los Servicios de Conciliación. Este servicio está proyectado para ser a corto plazo y no pretende brindar un tratamiento de salud mental por problemas más allá del alcance del tema de la separación o conciliación. En caso de que usted o su consejero identifique otros asuntos de salud mental que necesiten ser tratados, su consejero hará las referencias adecuadas para los servicios que estén disponibles dentro del área del Condado de Washington para tratar su asunto. Se atenderá a todos los clientes elegibles sin importar su raza, color, nacionalidad, religión, edad, sexo, orientación sexual o discapacidad. **Todos los servicios están incluidos en la tarifa de inscripción.**

Las sesiones grupales están diseñadas para brindar información que le ayude a resolver problemas y afrontar de manera más eficaz decisiones difíciles o transiciones en su relación con su pareja con quien comparte la crianza. Las sesiones privadas le brindan a usted y a la persona con quien comparte la crianza la oportunidad de practicar y aplicar habilidades en temas que sean más relevantes para ambos. Para aumentar la efectividad del programa, se espera que participe en actividades que fomenten cambios positivos tanto durante las sesiones como entre una sesión y otra. Además, se espera que asista a todas las reuniones programadas y que informe con anticipación a su consejero si no puede asistir. Su consejero trabaja en colaboración con un equipo de profesionales calificados y puede consultar con otros miembros del equipo sobre su caso para asegurarse de que usted y la persona con quien comparte la crianza reciban el mejor servicio posible. Si lo remitieron por orden judicial, los Servicios de conciliación informarán al tribunal sobre su asistencia y nivel de participación.

Usted tiene el derecho a suspender la consejería en cualquier momento. Si el tribunal ha ordenado la consejería, su consejero informará al Tribunal que usted ya no está asistiendo a la consejería. Sin embargo, será su responsabilidad hacer los arreglos de los servicios alternativos para cumplir con la orden del tribunal. **LAS TARIFAS DE INSCRIPCIÓN NO SON REEMBOLSABLES.**

Toda la información sobre usted y su familia será tratada con estricta confidencialidad, de acuerdo con las leyes del estado de Oregon y las Prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). *Sin embargo, existen excepciones específicas a la confidencialidad, que incluyen lo siguiente:*

- Abuso infantil o de ancianos o de personas con discapacidades
- Daño a su mismo o a otros
- Citación u Orden del Tribunal
- Su consentimiento por escrito
- Consumo o fabricación de drogas en el hogar.

**Al firmar este formulario, usted declara que recibió información sobre estas políticas de confidencialidad y sus excepciones.**

**He leído este formulario de consentimiento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo completamente su contenido y acepto sus términos. Acepto participar tanto en las sesiones grupales como en las sesiones privadas del programa New Ways for Families.**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## **SERVICIOS DE CONCILIACIÓN CONSENTIMIENTO PARA CONSEJERÍA**

Servicios de Conciliación del Condado de Washington pide que clientes den su consentimiento informado antes de recibir los servicios de consejería con nosotros. Por favor de leer con cuidado la siguiente información, revísela con su consejero si es necesario, e indica con su firma abajo su deseo de iniciar los servicios de consejería con nuestra agencia.

Los residentes del Condado de Washington que tienen hijos y que buscan a resolver los problemas de su relación, discutir asuntos acerca de ajustar a la separación o divorcio, o discutir las preocupaciones de la crianza de los niños pueden recibir consejería con los Servicios de Conciliación. Este servicio está proyectado para ser a corto plazo y *no* pretende brindar un tratamiento de salud mental por problemas más allá del alcance del tema de la separación o conciliación. En caso de que usted o su consejero identifique otros asuntos de salud mental que necesiten ser tratados, su consejero hará las referencias adecuadas para los servicios que estén disponibles dentro del área del Condado de Washington para tratar su asunto. Se atenderá a todos los clientes elegibles sin importar su raza, color, nacionalidad, religión, edad, sexo, orientación sexual o discapacidad.

Los servicios de consejería que ofrecemos están diseñados para ayudar padres resolver problemas y enfrentar de forma más efectiva las decisiones difíciles o las transiciones en su relación con su compañero de consejería. Para ayudar a que la consejería funcione, se espera que usted participe en actividades que apoyen un cambio positivo durante las sesiones y entre sesiones y, también se espera que asista a todas las reuniones programadas, informándole a su consejero con anticipación si no puede asistir. Si usted necesita cancelar o cambiar una cita, **es su responsabilidad de notificar el otro participante y contactar a Servicios de Conciliación en menos de 24 horas antes de su cita programada puede resultar en la pérdida de una de sus sesiones gratis.**

Usted tiene el derecho a suspender la consejería en cualquier momento. Si el tribunal ha ordenado la consejería, su consejero informará al Tribunal que usted ya no está asistiendo a la consejería. Sin embargo, será su responsabilidad hacer los arreglos de los servicios alternativos para cumplir con la orden del tribunal.

Su consejero trabaja en colaboración con un equipo de profesionales calificados y puede consultar con otros miembros del equipo sobre su caso para asegurarse de que usted y su compañero de consejería obtengan el mejor servicio posible. Toda la información sobre usted y su familia será tratada como estrictamente confidencial, siguiendo las leyes del Estado de Oregon y las Prácticas de privacidad de la HIPAA. *Sin embargo, existen excepciones específicas a la confidencialidad, las cuales incluyen:*

- Abuso infantil o de ancianos o de personas con deseabilidades
- Daño a su mismo o a otros
- Citación u Orden del Tribunal

Su consejero le explicará con más detalle estas excepciones a la confidencialidad durante su primera sesión. **Al firmar este formulario, usted está diciendo que ha sido informado acerca de estas políticas y excepciones a la confidencialidad.**

***He leído este formulario de consentimiento y he podido hacer preguntas. Entiendo plenamente su contenido y estoy de acuerdo con sus términos. Doy mi autorización para que comience la consejería para padres.***

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## **POLICA DE CUOTAS**

### **Paquete de mediación vinculada al tribunal - \$200 por persona**

- Incluye: Orientación para la mediación y Educación Familiar \* en una sesión grupal, más 1 sesión de mediación (disponibles hasta la sentencia definitiva del tribunal).
- Cada sesión de mediación adicional tendrá un costo de \$125 por persona.
- Se exonerarán las tarifas si se exoneran las tarifas judiciales, debe presentar el comprobante de la aprobación del tribunal.

\* Educación Familiar *reemplazará el Programa Kids' Turn* ofrecido a través de Youth Contact.

### **Mediación voluntaria - \$125 por persona por sesión**

- Las sesiones son de 2 horas.

### **New Ways for Families - \$250 por persona**

- Incluye: 4 sesiones grupales para la adquisición de destrezas más 4 sesiones de asesoramiento sobre crianza conjunta.
- La tarifa se reduce a \$150 si se exoneran las tarifas judiciales, debe presentar el comprobante de la aprobación del tribunal.

### **Consejería sobre crianza conjunta - \$93.75 por persona por sesión**

- Las sesiones son de 90 minutos.
- La tarifa no aplica a las 4 sesiones incluidas en New Ways for Families.

### **Declaración de un testigo experto - \$100 de tarifa no reembolsable**

- Debe acompañar una citación debidamente notificada.
- \$25 por cada segmento de 15 minutos declarando o esperando declarar.
- No aplica a las mediaciones, ya que los mediadores no están disponibles para declarar.

### **Ausencias**

- Si no asiste a una cita y avisa con menos de 24 horas, esta se podrá contar como una sesión.

Mi firma a continuación indica que me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de las tarifas de conciliación y entiendo en qué forma se relacionan con la prestación de servicios y las declaraciones en los tribunales.

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## **RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Lea Atentamente Antes de Firmar

El Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado describe cómo el Condado puede recibir, usar o compartir su información de salud.

Se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la forma en que se manejará mi información médica.

---

Firma del cliente o de su representante legal

Fecha

---

Relación del representante legal (si se aplica)

### **Solo para el Personal / Staff Only**

If the person has been provided the NPP, but refuses to sign, mark here, date and initial: \_\_\_\_\_.

Additional staff comments (if any): \_\_\_\_\_

---

---

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA (COMPARTIDA), Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

La ley dispone que el Condado de Washington proteja la privacidad de su información médica. El presente aviso le informa sobre las maneras en que podemos usar y compartir con terceros la información médica acerca de usted. Asimismo, describe sus derechos respecto del uso y divulgación de su información médica. La ley exige que le compartamos el presente Aviso vigente desde el 14 de abril de 2003.

Este aviso ha sido impreso en otros idiomas. Está disponible en otros formatos para las personas incapacitadas

**EL DEPARTAMENTO DE MENORES PUEDE USAR O DIVULGAR “INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA” (PHI) ACERCA DE USTED DE LAS SIGUIENTES FORMAS SIN SU AUTORIZACIÓN.**

[En cualquier otra situación, el Departamento de Menores le solicitará autorización escrita antes de divulgar la información.]

Para el Tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con médicos, dentistas, proveedores de servicios de salud mental, enfermeros, personal de oficina u otras personas que tengan participación en su cuidado o tratamiento.

Para el Pago. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para cobrar el pago de su plan de salud.

Para Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y compartir información médica con otras oficinas públicas como la Autoridad de Menores de Oregon.

Recordatorio de Citas. El Departamento de Menores puede ponerse en contacto con usted, por teléfono o correo, para recordarle que próximamente tiene una cita para recibir algún servicio. Por ejemplo, podemos llamarlo a casa para recordarle una cita.

Alternativas de Tratamiento/Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud. El Departamento de Menores puede darle a conocer o recomendarle posibles alternativas de tratamiento o servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, podríamos enviarle información sobre servicios de bajo costo que se prestan en la comunidad.

Si usted lo autoriza. Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted si usted firma un formulario otorgándonos su consentimiento.

A usted o su representante personal, familiares y amigos. A menos que usted ponga alguna objeción, podemos divulgar información médica acerca de usted a su representante personal, un miembro de su familia o amigo que colabore con su atención médica.

A Socios Empresariales. Son contratistas que nos ayudan a prestar los servicios o realizar nuestras actividades comerciales.

Salud Pública. Podemos usar o compartir información médica con instituciones de salud pública con el fin de ayudar a evitar una amenaza para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público. Esto incluye dar cuenta de ciertas enfermedades. Usaremos y comunicaremos estadísticas demográficas como nacimientos y decesos.

Grupos de Donación de Órganos y Tejidos, que consiguen órganos, córneas o tejidos para realizar transplantes.

Córones, Médicos Forenses y Directores de Funerarias, de modo que podamos identificarlo al momento de su fallecimiento, señalar la causa del fallecimiento o prestar otros servicios.

Comunicar abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo exija la ley.

Procesos Judiciales. Usaremos y divulgaremos información médica en respuesta a cualquier orden emitida por un organismo judicial o administrativo, o en caso de que la ley así lo requiera. Esto puede incluir una citación con apercibimiento u otro proceso de proposición de prueba.

Aplicación de la Ley, según lo exija la ley o si sospechamos que se ha producido un delito, para ayudar a localizar a un sospechoso o persona desaparecida, o proporcionar información acerca de la víctima de un delito.

Indemnización al Trabajador por Accidentes Laborales. El Departamento de Menores puede usar y divulgar información médica protegida acerca de usted para cooperar con las leyes estatales sobre indemnización al trabajador por accidentes laborales y otros programas que le proporcionan beneficios a usted por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Investigación. El Departamento de Menores puede usar y divulgar información médica protegida acerca de usted para realizar estudios y elaborar informes. Estos informes no lo identifican por su nombre.

Para Prestaciones Sociales. Podemos compartir información médica con otras dependencias gubernamentales, como el Estado, que también ofrecen prestaciones sociales de manera que podamos coordinar y mejorar los servicios. La ley de un Estado (ORS 179.505 – Ley Revisada y Actualizada de Oregon) en algunos casos puede limitar esta divulgación de información a la obtención de pagos o sólo a ciertos proveedores de atención médica cooperantes.

Divulgaciones Indirectas, como las que se realizan a nuestros abogados, personal del área informática y otras personas que nos ayudan a realizar nuestro trabajo.

### **SUS DERECHOS: LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED**

Derecho de cancelar su autorización. Si usted nos ha otorgado el derecho de usar su información médica de alguna forma, tiene la facultad de ordenarnos que interrumpamos ese uso mediante una solicitud por escrito a tal efecto. Puede solicitarnos dicha interrupción en cualquier momento. Ello sólo tendrá efecto sobre los usos y divulgaciones a terceros que se pudieran producir en el futuro. No podemos recuperar información que ya ha sido utilizada o compartida.

Derecho de inspección y copia. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información médica. Debe realizar la solicitud por escrito. Debe pagar los costos de copia y envío por correo, a menos que no disponga de los medios para hacerlo. Tenemos 5 días para responder a su solicitud en lo que respecta a expedientes de tratamiento, y

hasta 30 días para otros expedientes médicos. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede impugnar nuestra decisión formulando la impugnación por escrito. Nuestra decisión será revisada por un profesional independiente del campo de la salud.

Derecho de modificar o agregar información. Si usted considera que la información médica que manejamos acerca de usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos su modificación o adición a nuestro expediente. La solicitud debe hacerse por escrito y usted debe especificarnos la razón por la que desea hacer la modificación. Intentaremos responderle en el curso de los 30 días siguientes. Si nuestra respuesta es la denegación de su solicitud, se lo comunicaremos por escrito. En ese caso, usted puede solicitarnos que incluyamos su petición, la razón de nuestra negativa y su respuesta a nuestra denegación en su expediente médico.

Derecho de solicitar restricciones. Usted puede pedirnos que nos abstengamos de usar o divulgar información médica en cierta forma. Por ejemplo, puede pedirnos que nos abstengamos de revelarle cierta información a algún miembro de su familia. Su solicitud debe constar por escrito. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Aun si estuviésemos de acuerdo, podríamos decidir desatender su petición en ciertos casos, como por ejemplo una emergencia.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de indicarnos la forma en que podemos y no podemos ponernos en contacto con usted. Por ejemplo, podría indicarnos que nos pongamos en contacto con usted sólo a su domicilio y por teléfono. Su solicitud debe estar por escrito. Tomaremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Derecho de rendición de informe sobre divulgaciones de información. Debemos llevar un registro de algunas de las veces en que usamos o divulgamos su información médica con posterioridad al 14 de abril de 2003. Usted puede obtener una copia de esta lista sin costo alguno cada 12 meses. Podríamos imponerle un pago si solicita más de una copia en un período de 12 meses.

Derecho a una copia en papel del presente aviso. Usted tiene el derecho de obtener una copia gratuita del presente Aviso en cualquier momento. Una copia del Aviso vigente también será colocada en un panel.

Derecho de presentar una queja. Si usted considera que sus derechos de divulgación de datos personales han sido violados, puede presentar una queja. *No se tomarán represalias contra usted por haber presentado una queja.*

## **CAMBIOS AL PRESENTE AVISO**

La ley nos exige cumplir con el presente Aviso. Sin embargo, podemos cambiarlo y hacer que los cambios se apliquen a la información médica que ya tenemos acerca de usted. Usted tiene el derecho de obtener una copia gratuita del Aviso modificado.

## **QUEJAS:**

Para presentar una queja ante nosotros u obtener información adicional, póngase en contacto con el Gerente de Divulgación de Datos Personales/Condado de Washington:

Coordinador de la Privacidad, Departamento  
Juvenil del Condado de Washington  
503-846-3780  
222 N. First Avenue MS 47  
Hillsboro OR 97124

Si usted no quedara satisfecho con la respuesta del Gerente de Divulgación de Datos Personales, puede contactar al Funcionario encargado de Divulgación de Datos Personales del Condado a:

Don Bohn  
503-846-8685  
Condado de Washington  
155 N. First Avenue MS 21  
Hillsboro OR 97124

En lugar de presentar una queja ante nosotros, usted tiene el derecho de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. a:

Office of Civil Rights/Medical Privacy, Complaint Division  
US Department of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW HHH Building # 509H Washington DC 20201  
(866) 627-7748 Teletipo: (886) 788-4989 correo electrónico: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)