

BREATHE EASY AT HOME PROJECT

AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION

ST. JOSEPH HEALTH SERVICES
OF RHODE ISLAND



WE ARE ASKING YOU TO ALLOW US TO FORWARD INFORMATION ABOUT YOU AND YOUR CHILD TO THE BREATHE EASY AT HOME PROJECT.

The Breathe Easy at Home project is a collaboration between several state and city agencies, including Blackstone Valley Community Health Care, the City of Pawtucket Department of Zoning and Code Enforcement, the City of Providence Department of Inspection and Standards, the Rhode Island Department of Health, Rhode Island Legal Services, and St. Joseph Health Services of Rhode Island.

This program is designed to enhance communication between medical providers, public health agencies, and housing agencies with the goal of improving housing conditions for children who suffer from asthma and whose conditions may be exacerbated due to poor housing environments.

WHAT DOES IT MEAN TO FORWARD INFORMATION ABOUT MY CHILD TO THE BREATHE EASY AT HOME PROJECT?

- Through this project, you and your family will be given priority to get a housing inspection.
- The Breathe Easy at Home project team may discuss the nature of your family's health, how poor housing may be contributing to asthma/respiratory incidents in your home, and whether and how the Breathe Easy at Home project may further help your family.
- If you sign this form, you agree to let us forward your information to the city housing office that will conduct the home inspection and to disclose your information to other organizations (listed above) associated with the Breathe Easy at Home project.

WHAT INFORMATION WILL BE SHARED WITH THE BREATHE EASY AT HOME PROJECT?

The information shared with the city housing office will include:

- Name, address, and phone number
- Other information related to housing problems that could affect asthma

TAKING PART IN THE BREATHE EASY AT HOME PROJECT IS VOLUNTARY.

- Your participation is completely up to you. You do not have to agree to let us identify you or refer you to receive a home inspection. Your decision to participate (either yes or no) will not affect your ability to get healthcare at St. Joseph Health Services of Rhode Island, your enrollment in any health plan, or your healthcare benefits.
- The US Privacy rule does not protect information that is disclosed with the permission of this form.
- You have a right to get a copy of this form. If you sign this form, you agree to let St. Joseph Health Services of Rhode Island use or share your information as described above.

PATIENT NAME (PRINT)	PATIENT DATE OF BIRTH
DATE	SIGNATURE (PATIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)
AUTHORIZED REPRESENTATIVE NAME (PRINT)	RELATIONSHIP TO PATIENT (PARENT, GUARDIAN)

PROYECTO RESPIRE FÁCIL EN CASA

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SALUD

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO
"ST. JOSEPH"



LE PEDIMOS QUE NOS PERMITA
ENVIAR INFORMACIÓN ACERCA
DE USTED Y SU NIÑO AL PROYECTO
RESPIRE FÁCIL EN CASA.

Respire Fácil en Casa es un proyecto hecho en colaboración entre algunas ciudades y agencias estatales, incluyendo el Centro de Salud Comunitario "Blackstone Valley Community Health Care", Departamento de Zona y Cumplimiento de Códigos de la Ciudad de Pawtucket, Departamento de Inspecciones y Estándares de la Ciudad de Providence, el Departamento de Salud de Rhode Island, Servicios Legales de Rhode Island y el Centro de Cuidados y Servicios de Salud "St. Joseph".

Este proyecto está diseñado para mejorar la comunicación entre los proveedores del cuidado de la salud, agencias de salud pública y agencias de viviendas, con la meta de mejorar las condiciones de viviendas para los niños que sufren de asma, cuya condición médica puede empeorar debido a la baja calidad del medio ambiente en dichas viviendas.

¿QUÉ QUIERE DECIR ENVIAR INFORMACIÓN SOBRE MI HIJO AL PROYECTO RESPIRE FÁCIL EN CASA?

- A través de éste proyecto, a usted y a su familia se le dará prioridad para obtener una inspección de la vivienda.
- El equipo del proyecto Respire Fácil en Casa, puede hablar con usted acerca de las condiciones de salud de su familia, y de cómo la baja calidad de vivienda puede contribuir a incidentes respiratorios o ataques de asma en su hogar, y de cómo el proyecto Respire Fácil en Casa, le podría ayudar a su familia.
- Si usted firma éste formulario, nos dará el consentimiento para enviar su información a la oficina de viviendas de la ciudad, la cual hará una inspección de su vivienda. También, su información será compartida con otras organizaciones (anteriormente mencionadas) asociadas con el proyecto Respire Fácil en Casa.

¿QUÉ INFORMACIÓN COMPARTIRÁ EL PROYECTO RESPIRE FÁCIL EN CASA?

La información se compartirá con la oficina de viviendas de la ciudad, esta incluye:

- Nombre, Dirección, y Número de teléfono
- Otra información relacionada con problemas de viviendas que pueden afectar el asma

PARTICIPAR EN EL PROYECTO RESPIRE FÁCIL EN CASA, ES VOLUNTARIO.

La participación en el proyecto es completamente voluntaria. Usted no tiene que estar de acuerdo en dejarnos identificarle o referirle para que su casa sea inspeccionada. La opción de participar (sea sí o no) no afectará su habilidad de recibir cuidados de salud en el Centro de Salud Comunitario "St. Joseph", su inscripción a otro plan de salud o sus beneficios de cuidados de la salud.

- Las Reglas de Privacidad en los Estados Unidos no protegen la información que ha sido divulgada y a la cual se ha dado permiso en éste formulario,
- Usted tiene derecho a recibir una copia de éste formulario.
- Si usted firma éste formulario, usted acepta que el Centro de Salud Comunitario "St. Joseph" use o comparta su información, como fue indicado anteriormente.

NOMBRE DE PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
FECHA	FIRMA (PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO)
NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (EN LETRA DE MOLDE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE (PADRE, TUTOR)