

BREATHE EASY AT HOME PROJECT

AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION

HEALTHCARE PROVIDER



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/town agencies, including primary care providers, local housing code enforcement, the Rhode Island Department of Health, Rhode Island Legal Services, and Rhode Island Center for Law and Public Policy's Medical Legal Partnership for Children.

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 with asthma.

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 contact information and information about possible asthma triggers in your home to the city/town housing code office that will conduct the home inspection, and to share that same information with the Rhode Island Department of Health, Rhode Island Legal Services, and the Medical Legal Partnership for Children.

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, 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 us, as your health care provider, use or share your information as described in the section 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

PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD



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

El proyecto **Respire Fácil en Casa** es una colaboración entre varias agencias estatales y ciudades/pueblos, incluye los médicos de cabecera, la agencia local de códigos de vivienda, el Departamento de Salud de Rhode Island, Servicios Legales de Rhode Island y el Centro Asociado de Leyes y Reglas Públicas de Medicina Legal Para Niños.

Éste proyecto está diseñado para facilitar la comunicación entre proveedores de cuidados de la salud, agencias de salud pública y agencias de viviendas con el objetivo de mejorar las condiciones de vivienda para niños con asma.

¿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 la salud de su familia, cómo la baja calidad de vivienda puede contribuir a problemas respiratorios o ataques de asma en su hogar y cómo el proyecto **Respire Fácil en Casa**, le podría ayudar a su familia.
- Si usted firma éste formulario, usted consiente en permitirnos enviar su información para contactarle y la información acerca de los posibles provocadores de asma en su hogar a la oficina de código de vivienda de su ciudad/pueblo. Esa oficina hará una inspección a su casa y compartirá la misma información con el Departamento de Salud de Rhode Island, Servicios Legales de Rhode Island y la Asociación de Medicina Legal Para Niños.

¿QUÉ INFORMACIÓN COMPARTIRÁ EL PROYECTO RESPIRE FÁCIL EN CASA?

La información compartida con la oficina de viviendas de la ciudad, incluye:

- Nombre, Dirección y Número de teléfono
- Otra información relacionada con problemas en las 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 permitirnos compartir su información para contactarle o referirle para que su casa sea inspeccionada. La opción de participar (sea sí o no) no afectará sus beneficios de cuidados de la salud ni su inscripción en algún plan de 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 su proveedor de cuidados de la salud comparta su información, como fue mencionado anteriormente.

NOMBRE DEL 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)