

## NOTIFICACION DE CONFIDENCIALIDAD

**ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA O DE DROGAS Y ALCOHOL PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.**

### Informacion General

Informacion acerca de su tratamiento y cuidado, incluyendo el pago por el cuidado, es protegido por dos leyes federales: Codigo de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad del 1996 (“HIPAA”)\* y la ley de Confidencialidad\*\*. Bajo estas leyes el programa de tratamiento para las adicciones no le puede decir a una persona fuera del programa que usted esta presente en el programa, ni puede el programa divulgar ninguna informacion identificandolo a usted como una persona que abusa el alcohol o las drogas, o divulgar cualquier otra informacion protegida excepto como sea permitido po las leyes federales referidas abajo.

El programa debe obtener su consentimiento escrito antes de divulgar informacion acerca de usted para propositos de pagos. Por ejemplo, el programa debe obtener su consentimiento escrito antes de divulgar informacion a su seguro de salud para ser pagado por sus servicios. Generalmente, usted debe tambien firmar un consentimiento escrito antes de que el programa pueda compartir informacion para propositos de tratamiento o para la operacion de su cuidado de salud. Sin embargo, la ley federal permite que el programa divulgue informacion durante las siguientes circunstancias sin su permiso escrito:

1. Al personal del programa para propositos de tratamiento y para mantener los documentos clinicos;
2. Segun el acuerdo con un socio de negocio: (ejemplo: laboratorios clinicos, farmacias, servicios de archivos, y servicios de cobros);
3. Para investigaciones, inspecciones, o evaluaciones (ejemplo: revisos para las licencias estatales, para credenciales, o datos acerca de reportes del programa como es requerido por el estado y/o el gobierno federal);
4. Para reportar un crimen cometido en la propiedad del programa o contra el personal del programa;
5. Al personal medico en caso de una emerfencia medica o psiquiatrica;
6. A las autoridades apropiadas para reportar sospecho de abuso de niños o negligencia;
7. Para reportar ciertas emfermedades infecciosas como es requerido por la ley estatal;
8. Como sea permitido por una orden de corte.

Antes que el programa pueda usar o divulgar cualquier informacion acerca de su salud en una manera que no es descrita arriba, primero tiene que obtener su consentimiento especifico escrito dando permiso a divulgar tal informacion. Cualquier consentimiento puede ser revocado por usted en escrito. (NOTA: Revocar el consentimiento para divulgar informacion a la corte, departamento de probacion, la oficina de parole, etc., puede violar un acuerdo que usted tenga con esa organizacion. Tal violacion puede resultar en consecuencias legales para usted.)

\* 42 U.S.C. § 130d et. seq., 45 C.F.R. Partes 160 & 164

\*\* 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 C.F.R. Parte 2

## **NOTIFICACION DE CONFIDENCIALIDAD**

### **Sus Derechos**

- Bajo HIPAA usted tiene el derecho de pedir restricciones de ciertos usos y divulgación de información acerca de su salud y tratamiento. El programa no está requerido a estar de acuerdo con cualquier restricción que usted pida, pero si está de acuerdo con ellos, está requerido por ese acuerdo y no puede divulgar ni usar ninguna información que usted haya restringido, excepto como sea necesario en caso de una emergencia médica.
- Usted tiene el derecho de pedir que nosotros nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos o en un lugar alternativo (ejemplo: otra dirección). El programa lo complacerá con tal solicitud siempre y cuando sea razonable y no le pedirá explicación.
- Bajo HIPAA usted también tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de su salud y tratamiento que es mantenido por el programa, excepto hasta el punto que la información contenga notas de psicoterapia o información compilada para uso en procedimientos civiles, criminales, o administrativos, o en otras circunstancias limitadas.
- Bajo HIPAA usted también tiene el derecho, con algunas excepciones, hacer cambios a la información mantenida en los archivos del programa que concierne el cuidado de su salud, y de pedir y recibir contabilidad de las divulgaciones de la información acerca de su salud hecho por el programa durante seis (6) años antes de su solicitud.
- Si su solicitud a cualquiera de lo mencionado arriba es negada, usted tiene el derecho de revisar la negación por el Administrador del programa.
- Para hacer cualquiera de las solicitudes arriba, usted debe llenar el formulario apropiado proveído por el programa.
- Usted también tiene el derecho de recibir una copia de esta notificación.

### **El Uso de Su Información en el programa**

Para proveerle el cuidado mejor, el programa usará la información acerca de su salud y tratamiento en las maneras siguientes :

- Comunicación con el personal del programa (incluyendo estudiantes u otros internados) para el propósito de necesidades de tratamiento, planificación de tratamiento, reportar su progreso y revisión, supervisión de personal, reportar incidentes, administración de medicamentos, operaciones de cobros, mantenimiento de documentos médicos, planificación de descarga, y otros procesos relacionados al tratamiento.
- Comunicación con socios de negocios como laboratorios clínicos (trabajo de sangre, análisis de orina) servicio de comida (necesidades especiales para su dieta) agencias que proveen servicios en el centro (lecturas, terapia de grupos) y los archivos de documentos por largo tiempo.
- Reportar datos al NYS OASAS Sistema de Datos del Cliente.
- **[INSERTAR OTROS COMO SEA APROPIADO]**

### **Los Deberes del programa**

El programa es requerido por la ley mantener la privacidad de la información de su salud y de proveerle notificación de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a la información de su salud. El programa es requerido por la ley obedecer los términos de esta notificación.

## **NOTIFICACION DE CONFIDENCIALIDAD**

El programa reserva el derecho de cambiar los terminos de esta notificacion y de hacer nuevas provisiones efectivas para toda informacion de salud que es protegida y mantenida por el programa. El programa le proveera a los pacientes actuales con copias de las notificaciones revisadas, y le proveera a los pacientes anteriores que sean afectados, con las nuevas notificaciones cuando cambios substantivos sean hechos en la notificacion.

### **Quejas y El Reportar de Violaciones**

Los Pacientes tienen el derecho de hacer quejas referentes a la confidencialidad y privacidad de sus Informaciones Médicas.

El paciente puede llenar un formulario de Queja de Privacidad (En lado revés de este formulario) y someter el formulario a:

- Administrator de ATC
- Departamento de Centros de Tratamientos de Adicciones, 1450 Western Avenue, Albano, NY 12203; o
- OASAS Oficial de Privacidad., Albany, NY 12203.

La queja será revisada por un individuo apropiado, basada en la naturaleza de la queja. Este individuo completará el Formulario Resolución de Queja de Privacidad. Copias serán enviadas al Oficial de Privacidad de OASAS, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

El paciente puede registrar una queja con la:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services,  
Jacob Javits Federal Building  
26 Federal Plaza--Suite 3313  
New York, New York, 10278

Voice Phone (212) 264-3313.  
FAX (212) 264-3039.  
TDD (212) 264-2355  
OCR Hotlines-Voice: 1-800-368-1019

**Usted no sera victima de ninguna venganza por someter tal queja.**

Violacion de la ley de Confidencialidad por un programa es un crimen. Si sospecha violaciones de la Ley de Confidencialidad usted puede reportarlo al Abogado de los Estados Unidos en el distrito donde la violacion ocurio.

**Valido: 4/14/03**

**NOTIFICACION DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia de la Notificacion de Confidencialidad del programa, y se me ha explicado.

---

Firma de Paciente

Fecha

---

Firma de Pariente/Guardian (si es necesario)

Fecha