



Derechos del Cliente

Por favor, tenga en cuenta sus derechos como consumidor de servicios de Family Connections.

1. Usted tiene el derecho a ser informado de estos derechos, y recibir una explicación por escrito de estos derechos.
2. El derecho a no recibir medicamentos innecesarios o excesivos (vease NJAC 10:37- 6.54).
3. El derecho a ser notificado de todas las reglas y políticas que el programa ha establecido que rigen la conducta del cliente en las facilidades.
4. El derecho a no ser sometido a tratamientos o procedimientos no estándares, procedimientos experimentales o de investigación, o programas de demostración, sin su consentimiento por escrito. Si el cliente ha sido juzgado como incompetente, la autorización para tales procedimientos pueden ser obtenidos únicamente conforme a los requisitos de NJSA 30:4-24.2(d)2.
5. Usted tiene el derecho a ser informado de los servicios disponibles en el programa, los nombres y la situación profesional del personal encargado de proporcionar y/o responsable de su cuidado, honorarios y gastos conexos para los servicios no cubiertos por el seguro.
6. Usted tiene el derecho a recibir una explicación completa de su condición médica/de salud o el diagnóstico, el tratamiento recomendado, los progresos, las opciones de tratamiento, incluyendo la opción de no recibir tratamiento, riesgo(s) de tratamiento y resultado esperado(s) de tratamiento.
 - El psiquiatra o director puede determinar que esta información puede poner en riesgo a un cliente. La explicación será proporcionada a un miembro de su familia, tutor legal u otro significativo disponible.
 - Una publicación de información a un miembro de su familia, tutor legal u otro significativo, junta con el motivo de no informar al cliente directamente, serán documentados en el historial clínico del cliente.
 - Todos los consentimientos para publicar información deberán ser firmados por el cliente o sus padres, tutor o representante legal.
7. Usted tiene el derecho a comunicaciones confidenciales con quienes le atienden; la información que usted provea no podrá ser divulgada sin su consentimiento.
 - Su registro clínico no será revelado a nadie fuera del programa sin su autorización escrita para publicar la información de acuerdo con los estatutos federales y las reglas de confidencialidad del uso indebido de registros del alcohol y las drogas del cliente, a menos que la publicación de información sea necesaria y esté permitida por la ley, un contrato con terceros, una revisión por pares, o información necesaria por DAS para fines autorizados
 - Este programa puede revelar datos acerca de usted para estudios que contienen información solo cuando su identidad esté protegida y enmascarada.
8. Usted tiene el derecho a ser informado si el programa ha autorizado a otros cuidados de salud o instituciones educativas a participar en su tratamiento y tiene derecho a rechazar su participación en dicho tratamiento.
9. El derecho a recibir tratamiento de la manera menos restrictiva, libre de las restricciones físicas, castigos corporales y aislamiento.

10. Usted tiene el derecho a ser tratado con cortesía, consideración, respeto, y con el reconocimiento de la dignidad, la individualidad y el derecho a la privacidad, incluyendo, pero no limitado a, la privacidad auditiva y visual.
11. Usted tiene el derecho a ejercer las libertades civiles y religiosas, entre ellos el derecho a decisiones personales independientes.
12. Usted tiene el derecho a no ser discriminado por razón de su edad, raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad (incluyendo, pero no limitado a, ciegos, sordos y aquellos con problemas de audición), o capacidad de pago; o ser privado de cualquier derecho constitucional, civil y/o legal.
13. El derecho a rechazar los medicamentos, tratamiento y/o rehusar la recomendación de tratamiento realizados por esta agencia.
 - Usted no será discriminado por tomar medicamentos como se los hayan recetado.
 - Los medicamentos prescritos no serán retenidos por incumplimiento de normas o procedimientos de instalación, a menos que se haya tomado la decisión de rescindir al cliente. Los medicamentos solo podrán denegarse cuando el personal médico determine que tal acción está médicamente acertada.
14. El derecho a participar en el desarrollo de su plan de tratamiento.
15. El derecho a acceder y obtener una copia de su registro, de acuerdo con las políticas de la agencia y las leyes estatales y federales aplicables. Usted tiene derecho a añadir a o a solicitar una modificación de su registro de tratamiento.
16. Usted tiene el derecho a ser trasladado o dado de alta solamente por razones médicas, para su bienestar, el de otros clientes, o del personal, por orden escrita de un médico o un enfermero con licencia, o por la falta de pago de las cuotas requeridas según lo acordado en el momento de admisiones (salvo que este prohibido por fuentes de pago de terceras).
17. El traslado y la razón del traslado serán documentados en su historial clínico.
18. Usted recibirá una notificación 10 días antes de ser trasladado/o dado de alta en casos que no sean de emergencia previstos por el programa de tratamiento.
19. Usted será notificado por escrito, y tiene la oportunidad de apelar si es dado de alta involuntariamente.
20. Usted tiene el derecho a expresar agravios o recomendar cambios en las políticas y los servicios para el personal del programa, la autoridad gobernante, y/o fuera de representantes de su elección, sin moderación, injerencia, coerción, discriminación o represalia.

Family Connections se reserva el derecho de admitir y tratar solo aquellos clientes que sean apropiados para la misión de la agencia, la capacidad y los recursos.

Family Connections es un ambiente donde no se permite fumar.

RESOLUCION DE PROBLEMAS

Cualquier problema que pudiera surgir entre usted y su médico o la agencia debe discutirse con su médico. La mayoría de los problemas se resuelven mejor de esta manera. Sin embargo, si usted cree que este acuerdo no resuelve el problema, usted puede llamar o escribir al director del programa, quien dialogará con usted sobre el problema.

También puede comunicarse con las siguientes personas en cualquier momento:

1. El director de los servicios ambulatorios en Family Connections: 973-675-3817.
2. El Director Ejecutivo de Family Connections: 973-323-3439.
3. El Administrador de Salud Mental del Condado de Essex: Essex County Hospital, 204 Cedar Grove Road, Cedar Grove, NJ 07009; 973-571-2821.
4. La División de Servicios de Salud Mental, Región Norte: 100 Hamilton Plaza, Suite 615 Box 4, Edificio de Hudson United, Paterson, NJ 07505; 973-977-4397.

5. Proteccion de NJ y Advocacy, Inc.: 210 Broad St. Trenton, NJ 08608; 1-800-922-7233 o 609- 292-97 42
6. La Division de Proteccion y Permanencia del Nino del condado de Essex: 153 Halsey St., 3er Piso, Newark, NJ 07101; 973-648-7275 o 1-800-792-8610.
7. Servicios de proteccion de adultos: 441 Broad St., Newark, NJ 07102; 973-624-2528 Ext. 135.
8. El Proyecto de Ley de Salud Comunitaria: 650 Bloomfield Ave .. Bloomfield, NJ 07003; 973-275- 1175.
9. El Departamento de Ninos y Familias de la Oficina de Promocion: 1-877-543-7864.
10. La Division de Salud Mental: 609- 826-5057.
11. Por denuncias de incumplimiento: Oficina del Jefe de DCF - Oficina de Supervision y Monitoreo - Oficina de Licencias, P.O. Box 717, Trenton, NJ 08625-0717; 1-877-667-9845.
12. Linea de Maltrato Infantil en NJ: 1-877-NJ-abuso (1-877-652-2873).
13. Linea de Quejas de DMHAS: 1-877-712-1868.
14. Si usted cree que ha sido discriminado por motivos de raza, credo, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja a: La Oficina Federal de Derechos Civiles, 26 Federal Plaza, Room 3311 New York, NY 10278



Dislcosure de consejería

De acuerdo con la Oficina de la Procuraduría General del Estado de New Jersey, la Junta Estatal de Examinadores de Terapia Matrimonial y Familiar de la División de Asuntos del Consumidor, el Comité de Consejeros de Alcohol y Drogas, el Comité de Examinadores de Consejería Profesional, y los Estatutos y Reglamentos de Examinadores de Trabajo Social (denominado en lo sucesivo como "el cuerpo de licencias estatales"), Family Connections Inc. me ha informado de lo siguiente:

En conformidad con los reglamentos 13:34-3.3, 13:34C-3.2(e), 13:34C-13.1(g) y 13:34C-13.1(g), entiendo que puedo recibir servicios de consejería de parte de un miembro del personal que no es un Consejero Clínico Licenciado de Alcohol y Drogas, Consejero Licenciado Profesional, o Trabajador Social Clínico Licenciado; sin embargo, es un Consejero Licenciado Asociado, un Terapeuta Asociado de Familias y Matrimonios, Trabajador Social Licenciado en el Estado de Nueva Jersey, o un residente/becario matriculado en un programa de maestría en cualquiera de estas profesiones. Por otra parte, entiendo que esta persona deberá permanecer bajo la supervisión clínica de un supervisor licenciado/certificado según los reglamentos 13:34-3.3(b), 13:34C-6.2(c), 13:34-13.1(g) y 13:44G-8.1(g).



Acuerdo de tarifa

El honorario por la entrevista inicial sera:

\$

El honorario para cada session terapeutico para usted o su familia sera:

\$

Las evaluaciones psiquiatricas o la administracion de exámenes psicologicos tendran un honorario adicional y sera notificado por adelantado.

Una vez que comience con el tratamiento psicoterapeutico, usted sera asignado un horario. Es extremadamente importante que asista a su cita. Las citas perdidas llegan a ser tiempo perdido, previene los otros de recibir tratamiento, y anade al costo del servicio.

Si usted no puede acudir a su cita, llame por favor con 24 horas de anticipacion para que su tiempo pueda ser ofrecido a otra persona. Si usted pierde dos citas seguidas, podria resultar en la terminacion de tratamiento.

Se recomienda que los pagos se efectuen en el momento de la visita. Family Connections facturaran las citas que son perdidas o no son canceladas con 24 horas de anticipacion. El no pagar los honorarios puede tener como resultado la terminacion de servicios.



Consentimiento para Usar/Revelar Info de Salud

Al firmar este formulario, yo consiento al uso y la revelacion de mi informacion de salud protegida por mi proveedor, Family Connections, Inc., los empleados, y asociados de la empresa para el proposito de tratamiento, pagos y las operaciones del cuidado de salud. Este consentimiento es un conjunto con la planilla del personal clinico.

Yo comprendo que mi informacion puede ser necesitado para:

Mi plan de cuidado y tratamiento;

Comunicacion con los profesionales de salud de Family Connections, Inc. que participen en mi cuidado;

Evaluar la calidad de mi cuidado y revisar el cuidado de mis terapeutas y su personal;

Proporcionar informacion a aquellos que pagan por mis servicios- especificado a continuacion;

Obtenga el pago de aquellos que pagan por mis servicios, que se especifican a continuacion.

Mis servicios estan siendo pagados por

- Medicaid
- Medicare
- DCPP
- Financiacion de subvenciones del gobierno (por ejemplo, estado, condado, etc.)
- Otro

Si Otro:

Yo comprendo que mi firma en este consentimiento es necesaria para recibir cuidado de proveedor.

Yo tambien entiendo que tengo el derecho de revocar por escrito mi consentimiento en cualquier momento excepto al grado a cual ya hubiera sido comunicacion con respeto a esta referencia.

Tambien comprendo que yo tengo el derecho de pedir una restriccion con respeto a como mi informacion de salud puede ser usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pagos, y operaciones del cuidado del salud de parte de mi proveedor. Yo comprendo que mi proveedor puede negar mi peticion. Pero si mi proveedor esta conforme con mi peticion el o ella esta supuesto/a a respetaria.

Mi proveedor esta conforme con mantener mi informacion de salud protegida en acuerdo con su aviso de las practicas de la privacidad. Esta aviso tambien describe mis derechos con respeto al uso y a la revelacion de mi informacion protegida del cuidado de salud.

Yo comprendo que yo tengo el derecho de revisar el aviso de las practicas de la privacidad antes de firmar este consentimiento. Yo reconozco que me han ofrecido una copia para leer y he tenido la oportunidad de revisar el aviso de las practicas de la privacidad antes de firmario. Mi proveedor reserva el derecho que en cualquier momento puede cambiar las practicas descritas en el aviso de las practicas de la privacidad. Comprendo que puedo coger una copia revisada de los cambios en la pagina de web www.familyconnections.nj.org o con preguntar en mi proxima cita.

El aviso de las practicas de la privacidad se puede ver tambien en la sala de espera.

Preferencias de comunicacion

A continuación se presentan mis preferencias para recibir comunicaciones de Family Connections. Entiendo que puedo cambiar estas preferencias en cualquier momento.

Autorizaciones de comunicacion

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de Family Connections a traves de lo siguiente (comprobar todo lo que se aplican):

- Telefono/Phone
- Mensaje de voz/Voicemail
- Correo/Mail
- Correo electronico/Email (Entiendo que estas comunicaciones por correo electronico no están cifradas.

Tambien entiendo que Family Connections las direcciones de correo electronico se identificaran en todas las comunicaciones por correo electronico)

- Texto/Text (Entiendo que las tarifas de mensajeria estandar pueden aplicarse)

OK para identificar como Family Connections

OK para identificar como Family Connections a traves de las siguientes comunicaciones(comprobar todo lo que se aplican):

- Telefono/Phone
- Mensaje de voz/Voicemail
- Correo/Mail
- Texto/Text
- No se identifique como Family Connections en cualquier comunicacion (no se aplica al correo electronico, si se consiente)

Observaciones

Restricciones, si las hubiere, acordadas por el proveedor con respecto al uso y divulgacion de informacion de salud o metodo de comunicaciones: (describa en esta seccion)



Autorizacion para la Evaluacion y/o el Tratamiento

Me han dado un resumen de los servicios ofrecidos por Family Connections, Inc., y autorizo la evaluacion y/o cualquier servicio de tratamiento que puedan ofrecer. Afirmo que mi participacion en la evaluacion y/o tratamiento es voluntario y entiendo que tengo el derecho de rechazar los servicios en cualquier momento. Estoy de acuerdo que la participacion en la evaluacion no garantiza que el tratamiento sera ofrecido, y no crea una relacion entre el terapeuta y el cliente. Comprendo como en cualquier otro tratamiento, hay beneficios como tambien hay riesgos. Reconozco que no me han dado ninguna garantia con respecto al resultado de la evaluacion o el tratamiento. Entiendo que mi cumplimiento con el tratamiento recomendado es necesario para el beneficio maximo. Esta autorizacion estara en efecto mientras los servicios de evaluacion y tratamiento esten siendo provistos por Family Connections, Inc. Para los clientes menores de 18 anos, la firma del padre o del guardian legal es necesaria.



Acuerdo de Seguridad

Por la Seguridad y el Respeto Mutuo de Todos,
Family Connections es una

Zona

Libre de Gangas

Libre de Armas

Libre de Violencia

Libre de Sustancias Ilícitas

Estoy de acuerdo con las siguientes normas, tanto dentro como fuera de la propiedad de Family Connections:

- Ø Prohibido vestir ropa, accesorios, gestos, movimientos, bailes o cualquier otra seña verbal o física relacionados a cualquier afiliación con gangas
- Ø Prohibido hacer uso ilegal de drogas, alcohol o medicamentos que requieran de una receta
- Ø Prohibido cualquier persona que esté bajo la influencia de drogas lícitas e ilícitas o alcohol
- Ø Prohibido portar armas
- Ø Prohibida la violencia física o amenazas de violencia física

Además estoy de acuerdo en explicar esta norma de antemano a cualquiera que me acompañe a Family Connections.

Entiendo que cualquiera que viole esta norma podría ser expulsado de la propiedad y cualquier reincidente no podrá recibir servicios de Family Connections. También entiendo que esta norma es por la seguridad y respeto mutuo de todos.



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso de Privacidad, por favor, hable con su clínico. Si usted todavía tiene preguntas, usted puede también ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al 973-675-3817.

I. Introducción

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. Este Aviso también describe sus derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted y una breve descripción de cómo usted puede ejercer estos derechos. Este aviso además establece las obligaciones que tenemos para proteger su información de salud. Es nuestro deber de mantener la confidencialidad de su información de salud protegida, de acatar los términos de confidencialidad en vigor actualmente y para proporcionar a las personas con el aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con relación a su información de salud protegida.

"Información de salud protegida" se refiere a la información médica (incluyendo su información de identificación) que hemos recopilado de usted o recibido de sus proveedores de cuidado de salud, planes de salud, su empleador o algún centro de salud. También puede incluir información sobre su pasado, presente o futura condición de salud mental o física, la prestación de su atención de salud, y el pago de sus servicios de atención de salud.

II. Cómo Podemos Utilizar y Divulgar Su Información de Salud

Utilizaremos y divulgaremos su información de salud como se describe en cada una de las categorías que se enumeran a continuación. Para cada categoría, explicaremos lo que queremos decir en general, pero no describiremos todos los usos o divulgaciones de información de salud.

A. Usos y Divulgaciones Que Pueden Efectuarse con Su Consentimiento Por Escrito

- 1. Para el tratamiento.** Al firmar nuestro Formulario de Autorización y Consentimiento de Tratamiento, podemos utilizar y divulgar su información de salud dentro de Family Connections, Inc. para proveer el cuidado de su salud y cualquier otro servicio relacionado. Por ejemplo, nosotros podemos usar y revelar su información de salud entre nuestro personal para coordinar servicios recomendados.

2. **Para el pago.** Podemos usar o divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que usted reciba sean facturados y cobrados de su plan de salud u otro pagador tercero. Por ejemplo, pudiéramos revelar su información de salud para permitir que su plan de salud realice ciertas acciones antes de que su plan de salud apruebe o pague por sus servicios. Estas acciones pueden incluir:
 - ◆ La determinación de su elegibilidad o cobertura de seguro de salud;
 - ◆ Revisar sus servicios para determinar si ellos eran médicamente necesarios.
 - ◆ Revisar sus servicios para determinar si éstos fueron debidamente autorizados o certificados por adelantado de su cuidado; o
 - ◆ Revisar sus servicios para fines de revisión de utilización, para asegurar la adecuación de su cuidado, o para justificar los cargos para su cuidado.
3. **Para Operaciones de Cuidado de la Salud.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para nuestras operaciones. Estos usos y revelaciones son necesarios para el funcionamiento de nuestra organización y asegurarnos que nuestros consumidores reciban una atención de calidad. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, evaluación y mejora en la calidad, analizando el desempeño o calificaciones de nuestros médicos, la formación de los estudiantes en actividades clínicas, licencias, acreditación y desarrollo, y actividades administrativas en general. Podemos combinar la información médica de muchos de nuestros consumidores para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos combinar nuestra información médica con la información médica de otros proveedores para comparar cómo estamos haciendo y ver donde podemos hacer mejoras en nuestros servicios. Cuando combinamos nuestra información médica con información de otros proveedores, eliminaremos la información de identificación para que otros puedan utilizarla para estudiar el cuidado de la salud o la prestación de los cuidados de salud sin identificar a clientes específicos.

También podremos usar y divulgar su información de salud para comunicarnos con usted para recordarle de su cita.

B. **Usos y divulgaciones que pueden hacerse sin su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse.**

1. **Emergencias.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud en una situación de emergencia. A modo de ejemplo, podemos proporcionar su información de salud a un paramédico que lo está transportando en una ambulancia.
2. **Como requerido por la ley.** Divulgaremos información de salud sobre usted cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.
3. **Para Evitar Una Amenaza Grave a la seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para su seguridad o a la seguridad del público o de otra persona. En estas circunstancias, sólo revelaremos información médica a alguien que es capaz de ayudar a prevenir o disminuir la amenaza.
4. **Abuso y descuido autoridades.** Vamos a reportar abuso de niños o negligencia y maltrato al anciano como requerido por la ley a reportar abuso, negligencia o violencia doméstica.
5. **Las actividades de vigilancia de la salud.** Podemos revelar información médica sobre usted a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las agencias de supervisión incluyen agencias del gobierno que supervisan el sistema de atención de la salud, programas de beneficios del gobierno tales como Medicare o Medicaid, otros programas del gobierno que regulan el cuidado de la salud, y las leyes de derechos civiles.
6. **Las revelaciones en procedimientos judiciales.** Es posible que divulguemos información de salud sobre usted cuando estamos corte ordenó a hacerlo por un juez.

7. **Las actividades de observancia de la ley.** Podemos divulgar información de salud a un funcionario de la ley para hacer cumplir la ley cuando:
 - Reportamos una conducta criminal que ocurre en las instalaciones de nuestra planta; o
 - Determinamos que el propósito de hacer cumplir la ley es responder a una amenaza inminente de una actividad peligrosa por usted contra sí mismo o a otra persona; o
 - La divulgación es exigida por la ley.
8. **Los médicos forenses.** Podemos suministrar información médica a un médico forense. Los médicos forenses son designados por ley para ayudar en la identificación de personas fallecidas y para determinar la causa de muerte en ciertas circunstancias.
9. **Los reclusos.** Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información médica acerca de usted a la institución correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley.
10. **Compensación de Trabajadores.** Es posible que divulguemos información de salud sobre usted para cumplir con la ley de compensación laboral, siempre que tengamos una autorización para la divulgación de información.

III. Usos y divulgaciones de su información de salud con su permiso.

Usos y divulgaciones que no se describen en la sección II de este Aviso de Prácticas de Privacidad por lo general se harán sólo con su permiso escrito, llamado "autorización." Usted tiene derecho a revocar una autorización en cualquier momento. Si usted revoca su autorización no vamos a hacer ningún otro uso o divulgación de su información médica en virtud de dicha autorización, a menos que ya hayamos tomado una acción referente a los usos o divulgaciones que usted haya autorizado previamente.

IV. Sus Derechos Respecto A Su Información de Salud.

A. Derecho Para Inspeccionar y Copiar.

Usted tiene el derecho de solicitar una oportunidad para inspeccionar o copiar información médica usada para tomar decisiones acerca de su cuidado médico - tanto si son decisiones sobre su tratamiento o el pago de su cuidado. Usted debe someter su solicitud por escrito con una breve explicación de la finalidad de su tratamiento médico o consejero. Si usted solicita una copia de la información, podremos cobrarle el costo de las copias, envío y suministros asociados con su solicitud.

Podríamos negar su solicitud para inspeccionar o copiar su información médica en ciertas circunstancias limitadas. En algunos casos, usted tendrá el derecho de que su negación sea revisada por un profesional licenciado en el cuidado de la salud que no está directamente involucrado en la decisión original para denegar el acceso. Le informaremos por escrito si la negación de su solicitud puede ser revisada. Una vez que se complete el examen, nosotros cumpliremos con la decisión tomada por el revisor profesional licenciado en el cuidado de la salud.

B. Derecho a modificar.

Por tanto tiempo como se mantenga registros acerca de usted, usted tiene el derecho de pedir que nosotros enmendemos cualquier información médica utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado médico - tanto si son decisiones sobre su tratamiento o el pago de su cuidado. Para solicitar una enmienda, usted debe enviar un documento por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y díganos por qué usted cree que la información es incorrecta o inexacta.

Si negamos su pedido para enmendar, le enviaremos una notificación por escrito de la denegación indicando los motivos de la denegación y le ofreceremos la oportunidad de proporcionar una declaración por escrito rechazando la negación. Si usted no desea hacer una declaración escrita de desacuerdo, usted puede pedir que la enmienda solicitada y nuestra negación se adjunten a todos los accesos futuros a la información de salud que es el objeto de su solicitud.

Si decide presentar una declaración de desacuerdo por escrito, tenemos el derecho a preparar una refutación a su declaración escrita de desacuerdo. En este caso, asignaremos la petición escrita y la

refutación (así como de la solicitud original y la negación) a todos los futuros accesos a la información de salud que es el objeto de su solicitud.

C. Derecho a una contabilidad de divulgaciones.

Usted tiene derecho a solicitar que le proveamos con una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información de salud. Pero esta lista no incluirá ciertas divulgaciones de su información médica, a modo de ejemplo, las que hemos hecho para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Al pedir una contabilidad de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

D. Derecho a solicitar restricciones.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción sobre la información médica que utilizamos o que divulgamos sobre usted para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Usted puede también solicitar que cualquier parte (o toda) de su información de salud no sea revelada a miembros de familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en la Sección II(B)(2) de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Para pedir una restricción, debe incluirlo (con nuestra aprobación) en el Formulario de Consentimiento Para el Uso o Divulgación, o solicitar la restricción por escrito dirigido al Oficial de Privacidad.

E. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.

Puede haber circunstancias que justifiquen la comunicación con usted, por ejemplo, reprogramar una cita o proporcionar un aviso de cita. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted en un lugar determinado o mediante un método determinado. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted solamente en el trabajo o por teléfono.

Para solicitar una comunicación confidencial, usted debe hacer su solicitud por escrito a su asesor o médico tratante. Usted no tiene que darnos la razón de la solicitud; pero su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

F. Derecho a una copia de papel de este Aviso.

Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

V. Confidencialidad de los antecedentes de abuso de sustancias.

Para los individuos que han recibido tratamiento, diagnóstico o remisión para tratamiento de nuestros programas de abuso de alcohol o drogas, la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol o drogas está protegida por la ley y las regulaciones federales. Como regla general, no podemos decirle a una persona fuera de los programas que usted asiste a cualquiera de estos programas, o divulgar cualquier información que lo identifique como un adicto a las drogas o el alcohol, a menos que:

- Usted autorice la divulgación por escrito; o
- La divulgación es autorizada por una orden de la corte; o
- La divulgación es hecha al personal médico en una emergencia médica o a algún personal calificado para la investigación, la auditoría o evaluación del programa; o
- Usted amenaza con cometer un crimen en contra del programa de abuso de drogas o alcohol, o en contra de cualquier persona que trabaja para nuestros programas de abuso de drogas o alcohol.

Una violación a la ley federal y las regulaciones que rigen el abuso de drogas y alcohol es un delito. Las sospechas de violaciones pueden ser reportadas a la fiscalía de Estados Unidos en el distrito donde ocurre la infracción.

La ley y las regulaciones federales que rigen la confidencialidad del abuso de las drogas o el alcohol nos permiten reportar sospechas de abuso de niños o negligencia bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales apropiadas.

Por favor, véase 42 U.S.C. § 290dd-2 para la ley federal y 42 C.F.R., parte 2 para las regulaciones federales que rigen la confidencialidad del uso indebido de los registros del paciente de alcohol y drogas.

VI. Preferencias de comunicación

Para aquellos clientes/consumidores que han dado su consentimiento para recibir correos electrónicos de conexiones familiares, tenga en cuenta que FC no puede garantizar la seguridad y la confidencialidad de la transmisión de un mensaje de correo electrónico. Si el correo electrónico es una dirección de la familia, otros miembros de la familia pueden ver sus mensajes, por lo tanto, tenga en cuenta su propio riesgo. Debido al gran número de factores con relación al internet y correos electrónicos que están fuera de nuestro control, no nos hacemos responsables de correos electrónicos enviados a direcciones incorrectas, correos electrónicos que no son recibidos, o interrupción del correo electrónico. FC no es responsable por la violación de la confidencialidad causada por usted o un tercero. El correo electrónico es el mejor medio de comunicación para cuestiones de rutina y preguntas sencillas y no debe utilizarse para fines de tratamiento o información confidencial. Usted no debe enviar un correo electrónico para situaciones urgentes o de emergencia o para asuntos que requieran una respuesta inmediata.

VII. Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para archivar una queja con nosotros, contacte a nuestro Oficial de Cumplimiento. No habrá ninguna represalia contra el individuo si se formula una denuncia.

VII. Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado sobre prácticas de privacidad efectiva para toda la información de salud que ya tenemos acerca de usted así como cualquier información médica que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del actual Aviso de Prácticas de Privacidad en cada sitio donde ofrecemos atención médica. También puede obtener una copia del actual Aviso de Prácticas de Privacidad al acceder a nuestro sitio web en www.familyconnectionsny.com o pidiendo uno en cualquier momento en nuestras oficinas.

VIII. Quién seguirá este aviso

Todas las ubicaciones que comprende Family connections, Inc. seguirá este aviso. Además, estas entidades, sitios o ubicaciones pueden compartir información médica uno con el otro para tratamiento, pago u operaciones de cuidados de salud.