

Confidentiality, Privacy Practice Notice-ES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA Y RELACIONADA CON EL ALCOHOL Y LAS DROGAS SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Información General:

La confidencialidad de los registros de clientes por abuso de alcohol y drogas mantenidos por este programa está protegida por las leyes y regulaciones federales. En general, el programa y el cliente no pueden decir a una persona ajena al programa que un cliente asiste al programa ni revelar ninguna información que identifique a un cliente como consumidor de alcohol o drogas y/o que identifique el estado de salud de un cliente a menos que:

- El cliente da su consentimiento por escrito.
- La divulgación está permitida por una orden judicial.
- La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica o a personal cualificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

Operaciones de tratamiento, pago y atención médica:

El Centro usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Algunos ejemplos de cuándo nuestra oficina puede usar o divulgar su información de atención médica para estos fines incluyen:

- Compartir los resultados de las pruebas con otros proveedores de atención médica para confirmar un diagnóstico;
- Proporcionar su diagnóstico u otra información sobre su salud a su proveedor de seguros o a nuestro servicio de facturación para obtener el pago de los servicios de atención médica que brindamos;
- **Revisar la información como parte de nuestro programa de mejora de la calidad.**

Otros usos y divulgaciones:

La Instalación también puede usar o divulgar su información médica protegida, de conformidad con las pautas establecidas por la ley, para los siguientes propósitos::

- Proporcionarle información relacionada con su salud;
- Ponerse en contacto con usted en relación con citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud;
- Usos o divulgaciones incidentales (por ejemplo, enumerar su nombre en una hoja de registro, etc.);
- Cumplimiento de todas las leyes (incluidos los informes de sospecha de abuso, negligencia o violencia);
- Proporcionar cierta información específica a las fuerzas del orden o instituciones correccionales;

- Proporcionar información a un forense, médico forense, director funerario u organización de obtención de órganos;
- Actividades de salud pública cuando lo solicite una autoridad de salud pública o la FDA. Responder a las agencias de supervisión de la salud;
- Responder a órdenes judiciales o administrativas, citaciones, solicitudes de descubrimiento u otro proceso legal;
- Actividades de investigación;
- Cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para la salud, la seguridad o cuando el Cliente sea un peligro para sí mismo;
- Actividades de asuntos militares, asuntos de veteranos, seguridad nacional, inteligencia, Departamento de Estado o servicio de protección presidencial;
- Proporcionar información a agencias públicas o privadas de socorro en casos de desastre; o Información a un familiar, otro pariente o amigo personal cercano cuando: notificación de su ubicación, estado general o fallecimiento; para ayudarlo con su atención médica (por ejemplo, recoger recetas u otros documentos, anotar instrucciones de atención de seguimiento, etc.)

Autorización para otros usos:

El Centro hará otros usos y divulgaciones de su información médica protegida solo después de obtener su autorización por escrito. Si autoriza un uso no contenido en este aviso, puede revocar su autorización en cualquier momento, notificándonos por escrito que desea revocar su autorización.

Sus derechos con respecto a la privacidad de su información médica:

Sujeto a las limitaciones establecidas por la ley, usted tiene ciertos derechos relacionados con el uso y divulgación de su información médica protegida, incluido el derecho a, o a menos que:

- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones. Sin embargo, la instalación no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas;
- Recibir comunicaciones confidenciales o información de salud protegida;
- Inspeccionar y copiar su información médica protegida con algunas excepciones limitadas.;
- Enmendar su información de salud;
- Recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud;
- Obtenga una copia de este aviso.
- El Cliente da su consentimiento por escrito.
- La divulgación está permitida por una orden judicial, o
- La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica o a personal cualificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

La violación de las leyes y regulaciones federales por parte de un programa es un delito. Las presuntas violaciones pueden denunciarse a las autoridades correspondientes de acuerdo con las regulaciones federales. Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un Cliente en el programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito. Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre sospechas de maltrato o abandono de menores de ser comunicada en virtud de la legislación estatal a las autoridades estatales o locales

competentes.

Los deberes del Centro con respecto a la privacidad de su información médica:

Con sujeción a las limitaciones establecidas por la ley, el Centro tiene ciertas obligaciones relacionadas con sus datos sanitarios protegidos, entre las que se incluyen:

- El Centro está obligado por ley a mantener la privacidad de la información sanitaria protegida y a notificar a las personas nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sanitaria protegida.
- El Centro está obligado a respetar los términos del aviso de privacidad actualmente en vigor.
- El Centro se reserva el derecho de cambiar una práctica de privacidad descrita en este aviso y de hacer efectivo dicho cambio para toda la información de salud protegida. Se publicará un aviso revisado en nuestra oficina y estará disponible a pedido.

Entiendo que mis expedientes están protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para las leyes federales y 42 CFR Parte 2 para las normas federales) publicadas el 10 de agosto de 1987, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las normas. Entiendo que mi historial médico puede contener información relativa a mi abuso psiquiátrico, psicológico, de drogas o alcohol, VIH/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o afecciones relacionadas. La información relativa a su atención sanitaria, incluido el pago de la misma, está protegida por dos leyes federales: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) 42 USC 1320d y siguientes, 45 CFR partes 160 y 164 y la Ley de Confidencialidad, 42 USC 290dd-2, 42CFR Parte 2

Initial: * **x**

Signature: *

Date:

Client Rights- ES

Todos los clientes de las Instalaciones son tratados con dignidad, respeto y consideración.

A. El administrador deberá asegurar que:

1. Los requisitos establecidos en la subsección (B) y los derechos del paciente en la subsección (C) estén exhibidos de manera visible en las instalaciones;
2. En el momento de la admisión, el paciente o su representante reciba una copia escrita de los requisitos de la subsección (B) y de los derechos del paciente en la subsección (C); y
3. Se establezcan, documenten e implementen políticas y procedimientos para proteger la salud y seguridad del paciente, que incluyan:
 4. a. Cómo y cuándo se informa al paciente o a su representante sobre los derechos del paciente en la subsección (C); y
 5. b. Dónde se encuentran publicados los derechos del paciente según lo requerido en la subsección (A)(1).

B. El administrador deberá asegurar que:

1. El paciente sea tratado con dignidad, respeto y consideración;
2. El paciente no sea sometido a:
 3. a. Abuso;
 4. b. Negligencia;
 5. c. Explotación;
 6. d. Coacción;
 7. e. Manipulación;
 8. f. Abuso sexual;
 9. g. Agresión sexual;
10. h. Salvo lo permitido en R9-10-1012(B), restricción o aislamiento;
11. i. Represalias por presentar una queja ante el Departamento u otra entidad; o
12. j. Apropiación indebida de bienes personales o privados por parte de un miembro del personal, empleado, voluntario o estudiante del centro de tratamiento ambulatorio;
13. El paciente o su representante:
 14. a. Excepto en una emergencia, otorgue o rechace su consentimiento para el tratamiento;
 15. b. Pueda rechazar o retirar su consentimiento antes de que el tratamiento sea iniciado;
 16. c. Excepto en una emergencia, sea informado sobre alternativas a un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto, así como de los riesgos y posibles complicaciones asociados;
 17. d. Sea informado de lo siguiente:

- 18. i. La política del centro de tratamiento ambulatorio sobre directivas anticipadas de atención médica; y
- 19. ii. El proceso para presentar quejas;
- 20. e. Otorgue consentimiento para ser fotografiado antes de que se le tome una fotografía, excepto cuando sea fotografiado al momento de la admisión para fines de identificación y administrativos; y
- 21. f. Salvo lo permitido por la ley, proporcione consentimiento por escrito para la divulgación de información contenida en:
- 22. i. Su expediente médico; o
- 23. ii. Sus registros financieros.

C. El paciente tiene los siguientes derechos:

- No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
- Recibir tratamiento que apoye y respete su individualidad, decisiones, fortalezas y capacidades;
- Recibir privacidad durante el tratamiento y la atención de sus necesidades personales;
- Revisar, mediante solicitud por escrito, su propio expediente médico conforme a A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01;
- Recibir una referencia a otra institución de salud si el centro de tratamiento ambulatorio no está autorizado o no puede proporcionar los servicios de salud física o conductual necesarios;
- Participar o permitir que su representante participe en el desarrollo o en las decisiones relacionadas con su tratamiento;
- Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales; y
- Recibir asistencia de un familiar, su representante u otra persona para comprender, proteger o ejercer sus derechos.

Reconocimiento de Directivas Anticipadas

Entiendo que tengo el derecho de recibir información sobre Directivas Anticipadas, incluyendo mi derecho a tomar decisiones sobre mi atención médica, aceptar o rechazar tratamiento y crear un Testamento en Vida o un Poder Médico. Reconozco que puedo solicitar asistencia o información adicional en cualquier momento.

Bureau of Behavioral Health Facilities Licensing Team	Arizona Department of Health Services,	Arizona State Department of	Arizona State Department of
--	---	--------------------------------	--------------------------------

Notice of Voice and Choice-ES

Sus Derechos en los Servicios y el Tratamiento

Confianza Health se compromete a brindar servicios centrados en la persona y con enfoque informado en trauma, que respeten su voz, decisiones, valores, cultura y objetivos.

Su Derecho a la Voz y la Elección

Usted tiene derecho a:

- Ser escuchado(a) y tratado(a) con respeto en todas las decisiones relacionadas con sus servicios
- Participar activamente en el desarrollo, revisión y modificación de su plan de servicios o tratamiento
- Expresar sus metas, preferencias, fortalezas y preocupaciones
- Elegir entre los servicios, proveedores y apoyos disponibles, cuando existan opciones
- Aceptar o rechazar servicios, salvo que la ley disponga lo contrario
- Recibir información de una manera que pueda entender, incluyendo asistencia lingüística o adaptaciones si es necesario

Planificación Centrada en la Persona

Sus servicios se desarrollan a través de un proceso de planificación centrado en la persona, lo que significa que:

- Usted es el/la principal tomador(a) de decisiones en su atención
- La planificación se basa en lo que es más importante para usted
- Se respetan su cultura, experiencias de vida y valores personales
- Los servicios se ajustan a medida que sus necesidades y preferencias cambian

Si usted es menor de edad, su voz será incluida en las decisiones de manera apropiada según su edad y desarrollo, junto con la participación de sus padres o tutores legales.

Cuando una Preferencia No Puede Ser Cumplida

Puede haber ocasiones en las que una opción solicitada no pueda proporcionarse debido a:

- Preocupaciones de seguridad
- Necesidad médica o clínica
- Requisitos legales
- Limitaciones del programa o financiamiento

Si esto ocurre, el personal:

- Explicará la razón de manera clara
- Discutirá opciones alternativas
- Documentará la conversación en su expediente

Apoyo y Preguntas

Usted puede hacer preguntas, solicitar cambios o expresar preocupaciones en cualquier momento sin temor a represalias.

Si considera que su voz o decisiones no están siendo respetadas, puede:

- Hablar con su proveedor o supervisor
- Contactar a la Administración
- Presentar una queja utilizando nuestro proceso de quejas

Reconocimiento

He sido informado(a) de mi derecho a la voz y la elección en mis servicios y entiendo que puedo participar activamente en las decisiones relacionadas con mi atención.

Initial: * x

Signature: * x

Date:

Grievance Procedure- ES

El siguiente procedimiento se implementará cuando un cliente de la agencia desee presentar una queja formal:

Proceso de Quejas

Los pacientes, ex pacientes o sus representantes autorizados pueden presentar una queja hasta **un (1) año después del incidente** mediante las siguientes opciones:

- Completar un **Formulario de Queja** (disponible en recepción o en línea)
- Presentar una queja verbal o por escrito a cualquier miembro del personal
- Solicitar asistencia del personal para documentar la queja

Las quejas deben incluir:

- Una descripción clara del problema
- Nombres de las personas involucradas (si corresponde)
- Fechas y lugares del incidente
- Resolución o resultado deseado

Revisión y Respuesta

Todas las quejas serán revisadas por el **Oficial de Quejas** o el **Director del Programa**.

- Se proporcionará una respuesta por escrito dentro de **10 días hábiles** a partir de su recepción.
- Si se requiere una investigación adicional, se informará al paciente sobre el proceso y los tiempos estimados.
- Si el paciente no está satisfecho con la resolución, puede solicitar una revisión por parte del **Director Ejecutivo** o escalar la queja a organismos externos de supervisión (por ejemplo, la Oficina de Derechos Humanos de AHCCCS).

No Represalias

Los pacientes están protegidos contra cualquier forma de represalia, coacción o discriminación por presentar una queja. Presentar una queja no afectará el acceso a los servicios ni la calidad de la atención recibida.

Reconocimiento

Reconozco que he sido informado(a) de mi derecho a presentar una queja y que entiendo los procedimientos descritos anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir aclaraciones.

Person signing document *

Signature: * **x** _____

Date: