

Centro para el Desarrollo Humano
Demografía

Información del Cliente:

Numero de archive medico:	Fecha de Nacimiento:
Apellido:	Primer Nombre:
Direccion:	Ciudad, Estado, Codico Postal:
Numero de Telefono:	SSN:

Ética de Grupo

1-Caucásico	4-Esquimal	7-No reportado	10-Otro: _____
2-Afroamericanos	5-Asiatico	8-Unión Soviética	11-Camboya
3-Hispano/Latino	6-Bi-Racial	9-Vietamase	12-Yugoslavian

Handicap:

1-Siegos	4-Quadralejicos	7-Mobilidad/Fisica	10-Ninguno
2-Sordos	5-Necesidades Especiales	8-Psicologicas	11-Otros: _____
3-Parapléjicos	6-Retardacion	9-personas con problemas auditivos	

Idioma:

1-Inglés	4-Chino	7-Frances	10-Otros: _____
2-Español	5-Corea	8-Khmer	11-No reportado
3-Portugués	6-Vietnamita	9-Rusia	

Estado civil:

1-Sorteros	3-Viudos	5-Separados	7-Pareja Domestica
2-Divorciados	4-Casados	6-No reportado	8-Otros: _____

Educación:

1-Escuela Elementar	4-Escuela Vocacional	7-Maestria	10-Diploma high
2-Escuela Intermedia	5-Asociado	8-PHD, MD	11-GED
3-Escuela High	6-Licenciatura	9-No Reportado	12-Otro: _____

Ocupación:

1-Administrativo	4-Paraprofesional	5-Gerente de la casa	6-Militar
2-Comercio/trabajadores	7-Estudiantes	8-Trabajadore no qualificado	
3-Profesional	9-Retirado	10-Desempleado	11-No Reportado 12-Otros: _____

Anotado por: _____ Fecha: _____

Servicios Ambulatorios de Salud Conductual de CHD

Consentimiento para Servicios

Política:

Cada individuo que esté recibiendo servicios con CHD, en donde se mantiene información de salud protegida, firmará un documento de Consentimiento para Servicios sin importar el programa o la localización en donde se ofrezcan estos servicios. No se les negarán los servicios en la primera visita a los individuos que sean incapaces de firmar o se nieguen a firmar el documento de Consentimiento para Servicios.

Procedimiento:

- Cada individuo o Representante Legal del individuo que recibirá servicios en donde se mantiene información de salud protegida, firmará un documento de **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS**.
- Un documento de Consentimiento para Servicios será requerido sin importar el número de programas en los cuales un individuo reciba servicios.
- El documento firmado de Consentimiento para Servicios será válido en todos los programas durante el tiempo de tratamiento o hasta que se reciba un documento de Retracción del Consentimiento para Servicios.
- Todos los documentos de Consentimiento para Servicios se mantendrán en el expediente designado del individuo.
- Todos los documentos de Consentimiento para Servicios también serán registrados en el sistema de base de datos para verificar que el individuo actualmente consiente a que se le provean servicios en CHD.
- Se le proveerán servicios durante la primera visita a los individuos que sean incapaces de firmar el documento de Consentimiento para Servicios o se nieguen a firmarlo debido a la falta de habilidad para comprender la razón o el propósito del documento para consentir. La disposición del individuo para buscar servicios se entenderá como un consentimiento del individuo para recibir servicios. Este consentimiento implícito será documentado de la siguiente manera:
 - A) Un personal autorizado documentará en el documento de Consentimiento para Servicios la razón por la cual el individuo es incapaz de firmar este consentimiento para servicios o se niega a firmarlo.
 - B) Este documento será archivado con la información de salud protegida del cliente.
 - C) Un personal autorizado del programa principal del individuo se hará responsable de que el individuo o el Representante Legal del individuo firme el documento de Consentimiento para Servicios antes de que se le ofrezcan servicios adicionales.

Center for Human Development, Inc. (CHD)
Servicios Ambulatorios de Salud Conductual de CHD

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA SERVICIOS

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

De esta manera yo consiento, para mí o para el menor nombrado anteriormente, para recibir servicios en CHD. Estos servicios podrán ser ofrecidos en cualquiera de los programas de CHD.

Entiendo que tengo el derecho de preguntar sobre cualquiera de los servicios que ofrece CHD a mi proveedor primario o a su supervisor.

También entiendo que puedo revocar mi consentimiento y que puedo dejar de recibir servicios firmando el documento de **RETRACCIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS**, el cual está disponible en cualquier programa de CHD o a través del Oficial de Privacidad de CHD.

También entiendo que la información de salud protegida que se encuentra en mi expediente permanecerá confidencial según las regulaciones federales y del estado.

Firma del Cliente o su Representante Legal

Fecha

Nombre del Representante Legal (Favor Imprimir)

Relación al Cliente

El cliente nombrado anteriormente es incapaz de firmar este consentimiento para servicios o se niega a firmar por las siguientes razones:

Firma del Personal Autorizado

Fecha

MEMBRETE DE AGENCIA PROVEEDORA

Autorización Para el Uso y la Divulgación de Información Confidencial a Enterprise Invoice Management/ Enterprise Service Management (EIM/ESM) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts

Entiendo que con el fin de proveerme los servicios de tratamiento apropiados, <escriba el nombre del proveedor> debe archivar información de mi registración, tales como, nombre, dirección, fecha de nacimiento, historial médico, evaluaciones y servicios de tratamiento recibidos. Al firmar este documento autorizo a < escriba el nombre del proveedor> a comunicar dicha información a la Oficina de Servicios para Abuso de Sustancias (BSAS) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, quien se encarga de financiar y otorgar licencia a este programa. Entiendo que BSAS toma altas medidas para proteger la privacidad y la seguridad de la información que reciben. También entiendo que mi récord de tratamiento está protegido conforme a la ley federal, 42 C.F.R., Parte 2, la cual establece Confidencialidad de los records del abuso de Drogas y Alcohol del paciente, y por ley estatal no puede ser divulgada por <escriba el nombre del proveedor> a BSAS sin mi autorización, a menos que sea permitido por la ley. El acceso a esta información será limitado al personal autorizado de BSAS, y puede ser utilizado por BSAS, por ejemplo para:

- Examinar servicios recibidos
- Determinar la efectividad de los servicios
- Evaluar el programa en el que estoy registrado
- Planificar y apoyar la coordinación de futuros programas
- Satisfacer requisitos de reportes federales y/o estatales para recibir fondos
- En algunos casos, pagar por servicios recibidos

Entiendo que en caso de que mi información sea utilizada para el análisis de programas, mis datos se mantendrán en el anonimato y no será identificado. Ninguna información que me identifique será vinculada con informes publicados fuera del departamento.

Aun firmada y autorizada la divulgación de mi información, mantengo el derecho de anular en cualquier momento durante el programa de tratamiento, este documento por medio de una petición escrita a:

Nombre

Dirección

Una vez que mi petición de cancelación haya sido recibida, ninguna información adicional que me identifique será comunicada a BSAS; sin embargo entiendo que esta anulación no se aplicará a la información obtenida anteriormente. Esta autorización expirará automáticamente treinta (30) días después de que yo haya finalizado el programa de tratamiento o según lo especifique a continuación:

Especifique una fecha/evento/o condición

También entiendo que no se me pueden negar los servicios si decido no firmar esta autorización.

Al firmar, indico que entiendo y estoy de acuerdo con la petición de compartir la información de mi tratamiento con BSAS.

Yo, _____ doy el permiso a < escriba el nombre del proveedor> para divulgar la
Nombre (favor imprimir) información mencionada anteriormente a BSAS.

Firma de Cliente/Estudiante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma de Cliente, Padre o Guardián

Firma de Testigo (de ser requerido)



Center for Human Development, Inc. (CHD) NOTIFICACIÓN SOBRE DERECHOS DEL CLIENTE

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Cliente _____

CHD está comprometido a proveer servicios que aseguran cuidado competente y considerado para todos los clientes.

Usted tiene el derecho a:

- Ser libre de abuso físico y psicológico
- Ser libre de registros corporales
- Tener control sobre su apariencia corporal en la clínica, sin embargo, el programa podría prohibirle vestimenta o artículos de decoración que interfieran con su tratamiento
- Acceder su expediente de cliente en la presencia del administrador o alguna persona designada a menos que haya una determinación que el acceso a partes de su expediente puedan causarle daño
- Cuestionar información en su expediente de cliente al someter una declaración de clarificación o una carta de corrección firmada por su terapeuta y usted
- Obtener una copia de su expediente de cliente tal como se especifica en 105 CMR 164.083
- Que se asegure la confidencialidad de su expediente tal como es requerido en 105 CMR 164.084
- Terminar su tratamiento en cualquier momento, excepto en el caso de un compromiso individual de tratamiento bajo M.G.L. c. 123, § 35
- Ser libre de coerción
- Tratamiento sin considerar raza, etnicidad, credo, origen nacional, religión, género, orientación sexual, identidad de género, su habilidad para hablar Inglés, edad o discapacidad
- Tratamiento que considere sus necesidades individuales y el cual promueva dignidad y respeto propio
- La revelación completa de cargos que serán cobrados
- Quejarse sobre acciones o decisiones tomadas por su proveedor referente a su tratamiento
- Ser libre en la práctica de su religión
- Solicitar un referido a una facilidad que provea tratamiento según alguna objeción religiosa que usted pueda tener
- Pruebas de toxicología administradas de manera que conserve su dignidad y, cuando la prueba sea de orina, que acomode cualquier inhabilidad médica confirmada para proveer orina, proveyendo alguna alternativa efectiva para realizar la prueba, tal como un hisopo de algodón bucal
- Contactar al Departamento de Salud Pública, a la Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias y a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos
- El derecho a que se le trate con respeto y que su privacidad sea tomada en consideración
- El derecho a recibir información sobre las opciones de tratamientos disponibles y otras alternativas, presentadas de una manera apropiada para su condición y su habilidad de comprender
- El derecho a participar en la toma de decisiones sobre su cuidado de salud, incluyendo el derecho a rehusar cualquier tratamiento

Bajo las Regulaciones Federales que gobiernan la Confidencialidad y los Expedientes del Cliente sobre Abuso de Drogas, 42 C.F.R. Parte 2 y el Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguridad de Salud del 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R., Pts. 160 & 164, sus expedientes de tratamiento para el alcohol y/o drogas son protegidos y no se pueden revelar sin su consentimiento por escrito previsto por las regulaciones.

Usted también tiene el derecho de presentar una querrela con el Director de la Clínica en cualquier localización, o con el Director de Conformidad y Calidad de la agencia, o con el Vicepresidente de Servicios Clínicos.

Estos derechos le aplican a todo cliente en nuestras instalaciones. Todo cliente recibirá una copia por escrito de estos derechos al ser admitido en nuestra agencia. Estos derechos deberán ser expuestos en cada facilidad.

Favor de ver el Aviso de Practicas de Privacidad de la agencia para saber más acerca de la manera en que su información médica podría ser utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esta información.
He recibido una copia de estos derechos:

Firma del Cliente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Representante Personal (Favor de Imprimir)

Relación al Cliente

Hoja de Confirmación de Recursos para el Cliente

Nombre: _____

Confirmando haber recibido lo siguiente:

Ponga sus iniciales abajo si usted solicitó/recibió recursos relacionados al Tratamiento con Ayuda de Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) y/o información para las familias y los amigos de usuarios de sustancias. Sino, por favor omita esta sección.

Recursos para el Tratamiento con Ayuda de Medicamentos _____ (iniciales)

(MAT, por sus siglas en inglés) *(si aplica)*

Información para las familias y los amigos de usuarios de sustancias *(si aplica)* _____ (iniciales)

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Cliente *(Favor de Imprimir)*

Firma del Personal Autorizado

Fecha

Nombre del Personal Autorizado *(Favor de Imprimir)*

Manual de Normas Para el Cliente

Clínicas Ambulatorias | División de Servicios Clínicos



MANUAL DE NORMAS PARA EL CLIENTE

BIENVENIDO

Las clínicas ambulatorias para la salud conductual del Centro para el Desarrollo Humano (CHD) ofrecen consejería individual, de pareja, familiar y grupal para ayudar a niños y adultos a trabajar con asuntos tales como ansiedad, depresión, desórdenes de uso de alcohol y sustancias, preocupaciones sobre la crianza de los hijos, problemas conductuales, problemas de relaciones, abuso físico o sexual, asuntos LGBT (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero), y otras preocupaciones. También ofrecemos servicios de psiquiatría.

Nuestros terapeutas están comprometidos a promover el crecimiento y desarrollo de niños, adultos y familias utilizando todos los recursos disponibles. Apoyamos y asistimos a las personas a través de los problemas, estresores, o transiciones que puedan enfrentar en sus vidas mediante la terapia individual, grupal, familiar o de pareja. Somos un proveedor, aprobado por el estado, de seminarios mandatorios que ayudan a los padres divorciados y a sus niños a redefinir relaciones y desarrollar estrategias prácticas de ajuste para trabajar con las dificultades que acompañan la transición.

DECLARACIÓN DE MISIÓN

El Centro para el Desarrollo Humano (CHD) provee una extensa serie de servicios humanos de alta calidad, orientados a la comunidad, dedicados a promover, mejorar y proteger la dignidad y bienestar de las personas con necesidades. CHD está dedicado a la abogacía, al empoderamiento, y a fomentar la independencia, y la integración comunitaria de las personas que servimos. Hemos adquirido una reputación local y nacional de excelencia en servicio y administración.

FILOSOFÍA DE TRATAMIENTO

La filosofía de CHD adopta una visión biopsicosocial para ambas: la salud mental y el uso de sustancias. Esto significa que nosotros pensamos que la biología, incluyendo la salud y el bienestar físico, la psicología, el historial de trauma, y su historial social, contribuye a la razón por la cual usted está buscando ayuda a través de nuestra División de Servicios Clínicos. Para mejor comprender los problemas que lo traen a usted aquí, nosotros buscamos comprender la combinación y la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales que son importantes y únicos para usted.

SECCIÓN I Servicios del Programa

Metas y Objetivos

Las metas del tratamiento son trabajar en colaboración con usted para identificar, tratar y exitosamente manejar y/o resolver los problemas que usted quiera tratar. Nuestro objetivo es que usted obtenga un nivel, o regrese a un nivel, de funcionamiento en general aceptable – para ayudarle a lograr una vida saludable y satisfactoria, tal como usted la defina.

Servicios Provistos

CHD provee servicios ambulatorios de salud conductual exhaustivos, basados en la comunidad, para clientes con cuatro años de edad en adelante en comunidades a través del Oeste de Massachusetts. Nuestras clínicas ambulatorias actualmente tienen licencias del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (DPH) y de la Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS) para proveer ambos servicios de salud mental en general al igual que servicios para el abuso de sustancias.

Los terapeutas de CHD proveen servicios en muchos idiomas, incluyendo inglés, español, ruso y vietnamita. La consejería es llevada a cabo a través de visitas a la oficina o en la comunidad, con servicios disponibles en los condados de Hampden, Hampshire, Franklin, y Worcester.

Requisitos de Admisión

La elegibilidad para servicios específicos es la siguiente:

- **Consejería para salud mental y desórdenes de uso de sustancias:** Cualquiera buscando ayuda con un desorden de ajuste o de salud emocional y/o un desorden de uso de alcohol y/o sustancias. Aquellos individuos que sean violentos o que necesiten cuidado psiquiátrico de emergencia serán referidos a otras instalaciones.
- **Educación de Alcohol para Conductores que son Primeros Ofensores (DAE):** Individuos que han sido referidos por las Cortes de Distrito de Greenfield u Orange, que han sido convictos con un cargo de operar un vehículo de motor bajo la influencia, o individuos menores de 21 años de edad, referidos por el Registro de Vehículos de Motor.
- **Programa para Ofensores Reinclidentes (SOA):** Individuos que han sido referidos por las Cortes de Distrito de Greenfield u Orange luego de ser convictos de más de un cargo de operar un vehículo de motor bajo la influencia.
- **Servicios de Apoyo para la Recuperación:** Permite que los especialistas en recuperación encuentren al individuo donde esté en la comunidad y en su etapa de cambio. Estos servicios ayudan al individuo a identificar sus necesidades, planificar sus próximos pasos y proveerles acceso a recursos y derechos necesarios.

Durante el proceso de admisión, apoyos familiares y sociales son evaluados, al igual que recursos adicionales para la inclusión de cuidado óptimo. Los recursos adicionales podrían incluir otros niveles de servicios para la salud mental y/o los desórdenes de uso de sustancia, tal como el Tratamiento Asistido por la Medicación (MAT). Estos servicios serán empleados a través del curso del tratamiento para la continuidad en general.

Procedimientos de Admisión

Cuando usted se reúna con nosotros por primera vez, necesitará completar documentación básica para que nosotros podamos tener un sentido de quién es usted y qué lo trae a nuestras clínicas para tratamiento. Recopilaremos data básica que nos ayudará a mantenernos en contacto con usted, a identificar sus metas y qué lo trae a tratamiento, a medir su progreso hacia esas metas, a que se le reembolsen sus servicios, y para permitir que nosotros evaluemos nuestros servicios en términos de calidad, eficacia, accesibilidad, y competencia lingüística y cultural. También le pediremos que firme unas formas básicas de consentimiento que nos permitirán tratarlo, que le explicaran a usted cuales son nuestras prácticas de privacidad y que nos ayudarán a legalmente coordinarle tratamiento con otros proveedores, si así usted lo desea. Usted tiene derecho a obtener copia de todos los documentos firmados y copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad en el idioma y formato más comprensible para usted.

La sesión de evaluación inicial es con un terapeuta quien trabajará con usted para determinar las metas y objetivos específicos que usted tenga para recibir tratamiento. Esta sesión típicamente dura 60-90 minutos, un poco más larga que una sesión terapéutica normal. El terapeuta evaluador puede o puede que no continúe trabajando con usted a través de su tratamiento. Si él o ella sienten que usted trabajaría particularmente mejor con otro terapeuta, esta asignación se llevará a cabo dentro de tres días de su evaluación. En algunos casos puede que no tengamos un terapeuta con los credenciales apropiados para reunirse con usted. En esos casos, trabajaremos para encontrar un grupo apropiado para usted, o trabajaremos con nuestra red de nueve clínicas para encontrar un terapeuta quien sea la selección correcta para usted.

Su primer encuentro con su terapeuta será una oportunidad para conocerse mejor y clarificar cualquier pregunta pendiente referente a sus metas, deseos, fortalezas y retos. Usted y su terapeuta decidirán juntos si este terapeuta es el "adecuado" para usted y, si lo es, usted comenzará el proceso de una evaluación diagnóstica formal, de un plan de acción individualizado, y de tratamiento. Junto a usted, su terapeuta evaluará su nivel inicial al comenzar su tratamiento, lo cual significa que él o ella determinará cuál es su nivel de funcionamiento y cuales son sus metas al momento de la evaluación para que usted pueda medir y cuantificar el impacto que tiene el tratamiento mientras usted progresa.

Los terapeutas de CHD utilizan un proceso llamado **Documentación Colaborativa** para asegurar que usted esté completamente involucrado en el proceso de tratamiento. Al final de cada sesión (usualmente los últimos 5-10 minutos) su terapeuta le pedirá que lo acompañe a la computadora mientras documenta una nota de progreso en nuestro expediente de salud electrónico. Esta nota es un resumen de lo que se discutió durante la sesión y las intervenciones que fueron utilizadas para ayudarlo a lograr sus metas de tratamiento. Usted debe de utilizar

este tiempo para ser honesto sobre lo que está y no está funcionando en la relación con su terapeuta.

Proceso de Alta de Servicios

Criterios para el Alta

Todos aquellos que reciban servicios a través de la División de Servicios Clínicos de CHD identificarán en conjunto con su proveedor las metas u objetivos que definan éxito. Su tratamiento con nuestra División de Servicios Clínicos es completamente voluntario – usted puede dejar los servicios en cualquier momento. Nuestros proveedores también pueden discutir el proceso de alta con usted una vez logre sus metas o haya obtenido un nivel óptimo de beneficios como resultado de su tratamiento. Si usted y su proveedor están en desacuerdo con cualquiera de los criterios para el alta definidos en su plan de tratamiento inicial, o si usted no está de acuerdo con su proveedor sobre su disposición para ser dado de alta, fomentamos a que usted hable con su terapeuta acerca de sus preocupaciones o pida que el Director de la Clínica revise los puntos de su desacuerdo. Nosotros revisaremos exhaustivamente sus preocupaciones y las documentaremos.

Si usted indica en cualquier momento que puede que tenga deseos de dejar el tratamiento, nuestros terapeutas puede que fomenten el que usted discuta sus planes para que CHD pueda proveerle recomendaciones, referidos o planificación post-cuidado que usted pueda necesitar. Si usted se ausenta sin notificar a varias de sus citas o si usted abandona el tratamiento sin notificar, nosotros puede que le enviemos por correo una lista confidencial de proveedores y recursos comunitarios en el área en conjunto con su notificación de terminación de los servicios de la clínica.

Procedimientos para el Alta Involuntaria

En un pequeño número de casos, puede que determinemos que este no es el lugar apropiado para que usted reciba tratamiento. Por ejemplo, puede que usted esté buscando ayuda para la vivienda, u otros problemas que no estén específicamente relacionados a la salud mental, o nuestros terapeutas pueden determinar que otro nivel de cuidado es necesario. Puede que en algunos casos consideremos que su comportamiento no es apropiado o seguro para usted recibir tratamiento en un ambiente ambulatorio. En cualquiera de estos casos, puede que consideremos recomendarlo para un alta involuntaria. En estos casos, usted puede apelar al Director de la Clínica directamente para verificar los criterios que fueron utilizados para su terminación involuntaria. Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada por el Director de la Clínica referente a usted continuar con los servicios, usted puede apelar por última vez al Vicepresidente de Servicios Clínicos de CHD, quien le proveerá su decisión en relación a usted continuar con los servicios, incluyendo las razones de su decisión, por escrito, en un periodo de cinco días.

Apelación para Readmisión luego de un Alta Involuntaria

Si usted decide abandonar el tratamiento en contra de nuestras recomendaciones o si es dado de alta involuntariamente de nuestros programas en contra de sus deseos, usted puede apelar y presentar su caso para ser readmitido en la clínica. Para apelar, notifique sus deseos verbalmente o por escrito a cualquier miembro del equipo de tratamiento de la clínica,

incluyendo el personal administrativo, claramente indicando sus deseos de apelar para readmisión y las razones por las cuales desea apelar.

Su intención de apelar se le notificará al Director de la Clínica dentro de un día laboral. Usted tendrá la oportunidad de reunirse cara-a-cara con el Director de la Clínica dentro de una semana de haber sido notificada su intención de apelar.

Luego de la reunión, el Director de la Clínica responderá a su apelación por escrito en un periodo de 3-5 días laborales. Le enviaremos la determinación por correo a la dirección indicada en su expediente, así que debe asegurarse que su dirección actual sea notificada en nuestra oficina. También mantendremos una copia de la respuesta del Director en el expediente de salud del cliente para nuestros archivos.

Si usted no está satisfecho con la respuesta del Director de la Clínica, podrá hacer una segunda apelación al Vicepresidente de Servicios Clínicos de CHD. Los procedimientos y el tiempo de espera serán igual al de la apelación inicial. La decisión del Vicepresidente de Servicios Clínicos será la final.

Post-Cuidado y Seguimiento Luego del Tratamiento

Comenzamos a planificar su cuidado de seguimiento, o post-cuidado, como parte de nuestro proceso de alta. Los planes de post-cuidado pueden ser diferentes para cada persona, dependiendo de los síntomas o los problemas particulares que usted haya identificado para su tratamiento, las opciones disponibles en su comunidad local para lidiar con estos síntomas o problemas, sus retos y fortalezas, su nivel de funcionamiento, y sus preferencias sobre cuáles tipos de ayudas comunitarias usted quiera tomar a su servicio.

Mantenemos un archivo de fuentes de referido, incluyendo servicios adicionales para el tratamiento de abuso de sustancias y consejería luego de su alta, para ayudarlo a continuar su propio tratamiento y mantener su bienestar luego de separarse de nuestros servicios. Le proveeremos información sobre programas y agencias basadas en la comunidad, al igual que otros programas de CHD. Estos referidos pueden asistirle con dificultades relacionadas a la salud mental o al abuso de sustancias, al igual que para otras dificultades en su vida, tal como una crisis de vivienda o retos en la crianza de sus hijos, los cuales pueden aumentar su nivel de estrés o provocar una recaída. Todos los servicios de post-cuidado son voluntarios y usted tiene la libertad de rehusar los servicios al momento de su alta o en cualquier momento luego de terminar con nosotros.

Como parte de su plan de post-cuidado, le podríamos dar instrucciones específicas sobre cuando podría ser necesario o apropiado buscar ayuda adicional o recomenzar servicios con nosotros. Su terapeuta puede que también quiera establecer un tiempo para poder comunicarse con usted y realizar revisiones específicas para poder darle seguimiento. Su plan de post-cuidado, desarrollado en conjunto con su proveedor, será único para usted y estará dirigido a sus necesidades, fortalezas y preferencias específicas.

Opciones/Recursos para Tratamiento Adicional

Si usted o un miembro de su familia o un ser querido están lidiando con problemas de uso de alcohol, cocaína, heroína, marihuana, medicamentos resetados o algún otro tipo de sustancia, existen recursos adicionales disponibles para usted. Existen una variedad de opciones de tratamiento que usualmente trabajan en conjunto con la consejería ambulatoria y puede incluir ejemplos, tales como: tratamiento asistido por medicamento, programas de 12-pasos, grupos de auto-ayuda y grupos de apoyo mutuo. Los programas de 12-pasos, grupos de auto-ayuda y grupos de apoyo mutuo proveen asistencia para superar la adicción al alcohol y otras sustancias tanto para individuos como para familiares.

Si usted o algún ser querido está lidiando con una adicción a los opioides, el tratamiento asistido por medicamentos es usualmente tomado en cuenta al considerar opciones de tratamiento, en conjunto con la consejería y el apoyo de familiares y amistades. Los medicamentos más comunes utilizados en el tratamiento de la adicción a los opioides son la metadona y la buprenorfina (suboxone). En ocasiones otro medicamento, llamado naltrexona (vivitrol), es utilizado. El costo varía para los diferentes medicamentos. Esto puede que tenga que ser tomado en cuenta al considerar opciones de tratamiento. La metadona y la buprenorfina engañan el cerebro a pensar que todavía está recibiendo el opioide problemático. La persona que toma el medicamento se siente normal, no drogado, y no pasa por síntomas de retirada. La metadona y la buprenorfina también reducen los deseos de usar opioides. La naltrexona ayuda a superar la adicción de una manera diferente. Esta obstaculiza los efectos de la droga opioide. Esto quita la sensación de sentirse drogado si se utiliza la droga problemática de nuevo. Esta característica hace que la naltrexona sea una buena opción para prevenir recaídas (volver a caer en el uso de la droga problemática). Todos estos medicamentos tienen el mismo efecto positivo: reducen la conducta problemática de la adicción. (SAMHSA. (2011). *Tratamiento Asistido por Medicamentos para la Adicción a los Opioides* [Folleto].)

Si un miembro de su familia o un ser querido tienen una dependencia al uso de alcohol, cocaína, heroína, marihuana, medicamentos resetados o algún otro tipo de sustancia, su dependencia lo afecta a usted y a su familia también. Hay recursos disponibles para contestar las preguntas que frecuentemente tienen los familiares y los seres queridos de las personas que comienzan tratamiento. Millones de Americanos abusan o son dependientes del alcohol o las drogas. Todas estas personas tiene familiares y seres queridos-así que recuerde, usted no está solo. El hecho que un miembro de su familia está en tratamiento, es una buena señal y un gran paso en la dirección correcta. Las personas con problemas de dependencia al alcohol y a las drogas pueden y se recuperan. (SAMHSA. (2014). *¿Qué es el Tratamiento para el Abuso de Sustancias? Un Folleto para Familias* [Folleto].)

Recursos adicionales en inglés y español están disponibles para su conveniencia en nuestra oficina de recepción. Por favor no tema en preguntarles a nuestras asistentes administrativas, su terapeuta, nuestras asistentes médicas, a quien le receta sus medicamentos o a cualquier miembro de nuestro equipo.

Cualificaciones Profesionales

CHD está comprometido a reclutar profesionales calificados y apropiadamente certificados o licenciados para poder proveerle a usted cuidado de la más alta calidad. Nuestro personal clínico cumple con todos los requisitos para el nivel de cuidado que proveen, y les hacemos disponible una gama completa de oportunidades para la educación continua y el desarrollo profesional para asegurar que sus métodos son los más actualizados en el campo y comprobados para obtener resultados. Los Directores de las Clínicas y el Departamento de Recursos Humanos de CHD monitorean los requisitos para obtener credenciales y licencias de nuestros terapeutas, al igual que sus créditos para la educación continua, con el fin de asegurar que nuestro personal cumple o excede los requisitos para sus licencias y/o sus credenciales profesionales. Usted tiene el derecho de saber el nombre y los credenciales de su proveedor de servicios en cualquier momento y de saber la especialidad de su proveedor. Si usted tiene preguntas acerca de las calificaciones de su proveedor, favor de hablar con el Director de nuestra Clínica; él o ella estarán complacidos en asistirle.

SECCIÓN II Orientación

Información de Contacto

La dirección, servicios y números de teléfono para cada una de nuestras clínicas se encuentran a continuación:

- 367 Pine Street, Springfield, MA 01105** **413-737-1426**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias
- 246 Park Street, West Springfield, MA 01089** **413-737-4718**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias, Preservación de Familia, Familias Saludables y Programa de Ayuda al Empleado
- 342 Birnie Avenue, Springfield, MA 01107** **413-439-2160**
Servicios de Intervención Temprana para infantes edades 0-3 con discapacidad física o riesgo de retraso en su desarrollo
- 179 Northampton Street, Easthampton MA 01027** **413-529-1764**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias
- 102 Main Street, Greenfield, MA 01301** **413-774-6252**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias
- 131 West Main Street, Orange, MA 01364** **978-544-2148**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias
- 622 State Street, Springfield, MA 01109** **413-654-1602**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias, cuidado primario integrado y de salud conductual, y tratamiento diurno de STAR
- 494 Appleton Street, Holyoke, MA 01040** **413-532-1456**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias, cuidado primario integrado y de salud conductual
- 1221 Main Street, Suite 309, Holyoke, MA 01040** **413-316-1445**
Consejería para la salud mental y el abuso de sustancias-en la comunidad solamente

Horas de Operación

La Clínica de Pine Street en Springfield está abierta de 8 a.m.-7 p.m. de lunes a jueves, 8 a.m.-5 p.m. los viernes, y 8:30 a.m.-4:30 p.m. los sábados. La Clínica de West Main Street en Orange y la Clínica de Greenfield, localizada en Main Street, están abiertas lunes a viernes de 8 a.m.-8 p.m. Todas las demás clínicas de CHD están abiertas de lunes a viernes, 9 a.m.-5 p.m., con disponibilidad en las noches y fines de semana.

Adicional a las horas nocturnas y de fines de semanas disponibles en nuestra Clínica de Springfield en Pine Street y las horas nocturnas en nuestras Clínicas de Greenfield y Orange, todas las otras clínicas de CHD tienen algunas horas nocturnas y de fines de semana disponibles a través de citas.

Contactos de Emergencia

El número para emergencias fuera de horas laborables es 1-800-232-0510. Usted también puede comunicarse con el Equipo de Crisis Móvil o la Unidad Estabilizadora de su área para emergencias fuera de horas laborables.

Liderazgo en las Clínicas

Cada clínica es supervisada por un Director de esa instalación. Nuestros Directores de Clínicas son terapeutas con licencias independientes que tienen muchos años de experiencia tanto clínica como administrativa. Su trabajo es dirigir las operaciones de día a día de cada clínica, supervisar terapeutas, y asegurar que sus necesidades, al igual que las necesidades de nuestros pagadores y financiadores, sean satisfechas. También quieren escuchar lo que usted tenga que decir sobre nuestros servicios: ¿está satisfecho con su tratamiento; hay otros servicios que CHD deba de ofrecer que actualmente no estén disponibles; usted necesita someter una querrela o una apelación para ser readmitido en la clínica? El Director de la Clínica querrá saber.

Liderazgo en el Centro para el Desarrollo Humano

A nivel de la agencia, nuestras clínicas son supervisadas por el Vicepresidente de Servicios Clínicos, quien se reporta al Oficial Principal de Operaciones y también supervisa al Director de Conformidad y Calidad de Servicios Clínicos. Su trabajo es monitorear la calidad de todas las clínicas y programas de CHD y encontrar las maneras en que nuestros programas pueden trabajar en conjunto para brindarle servicios diversos, de alta calidad, que satisfagan sus necesidades particulares.

Sus Derechos

CHD está comprometido a proveer servicios que aseguran cuidado competente y considerado para todos los clientes. Usted tiene el derecho a:

- Ser libre de abuso físico y psicológico

- Ser libre de registros corporales
- Tener control sobre su apariencia corporal en la clínica, sin embargo, el programa podría prohibirle vestimenta o artículos de decoración que interfieran con su tratamiento
- Acceder su expediente de cliente en la presencia del administrador o alguna persona designada a menos que haya una determinación que el acceso a partes de su expediente puedan causarle daño
- Cuestionar información en su expediente de cliente al someter una declaración de clarificación o una carta de corrección firmada por su terapeuta y usted
- Obtener una copia de su expediente de cliente tal como se especifica en 105 CMR 164.083
- Que se asegure la confidencialidad de su expediente tal como es requerido en 105 CMR 164.084
- Terminar su tratamiento en cualquier momento, excepto en el caso de un compromiso individual de tratamiento bajo M.G.L. c. 123, § 35
- Ser libre de coerción
- Tratamiento sin considerar raza, etnicidad, credo, origen nacional, religión, género, orientación sexual, identidad de género, su habilidad para hablar Inglés, edad o discapacidad
- Tratamiento que considere sus necesidades individuales y el cual promueva dignidad y respeto propio
- La revelación completa de cargos que serán cobrados
- Quejarse sobre acciones o decisiones tomadas por su proveedor referente a su tratamiento
- Ser libre en la práctica de su religión
- Solicitar un referido a una instalación que provea tratamiento según alguna objeción religiosa que usted pueda tener
- Pruebas de toxicología administradas de manera que conserve su dignidad y, cuando la prueba sea de orina, que acomode cualquier inhabilidad médica confirmada para proveer orina, proveyendo alguna alternativa efectiva para realizar la prueba, tal como un hisopo de algodón bucal
- Contactar al Departamento de Salud Pública, a la Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias y a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos

Bajo las Regulaciones Federales que gobiernan la Confidencialidad y los Expedientes del Cliente sobre Abuso de Drogas, 42 C.F.R. Parte 2 y el Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguridad de Salud del 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R., Pts. 160 & 164, sus expedientes de tratamiento para el alcohol y/o drogas son protegidos y no se pueden revelar sin su consentimiento por escrito previsto por las regulaciones. Usted también tiene el derecho de presentar una querrela con el Director de la Clínica en cualquier localización, o con el Director de Conformidad y Calidad de la agencia, o con el Vicepresidente de Servicios Clínicos. Estos derechos le aplican a todo cliente en nuestras instalaciones. Todo cliente recibirá una copia por escrito de estos derechos al ser admitido en nuestra agencia. Estos derechos deberán ser expuestos en cada instalación. Favor de ver el Aviso de Prácticas de Privacidad de la agencia

para saber más acerca de la manera en que su información médica podría ser utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esta información.

Sus Expedientes

Nuestros Procedimientos de Seguridad

CHD toma la seguridad y privacidad de sus expedientes médicos muy en serio. Nuestro Plan de Seguridad para la Información, a través de toda nuestra agencia, describe en detalle las medidas extensivas de seguridad que tomamos para salvaguardar toda data electrónica, incluyendo su expediente electrónico de salud, las cuales incluyen instalaciones de seguridad donde mantenemos nuestro equipo electrónico, múltiples capas de protección mediante el uso de contraseñas que limitan el acceso a nuestro sistema de expedientes electrónicos de salud, rigurosas normas que pueden permitir o no al personal de CHD acceder su información médica, y acceso restringido dentro de nuestras instalaciones en donde puedan mantenerse copias en papel de expedientes. Si usted tiene alguna pregunta acerca de las medidas que tomamos para proteger la privacidad de su información médica, financiera, o personal, favor comuníquese con el Director de la Clínica.

Sus Derechos de Privacidad

Lo más importante que usted debe saber acerca de su tratamiento a través de la División de Servicios Clínicos de CHD es que este será completamente confidencial. Las leyes federales y estatales proveen fuertes protecciones para los clientes de programas de recuperación para el abuso de sustancias. No divulgaremos su información sin su autorización por escrito, excepto en algunas circunstancias limitadas permitidas por la ley. Aún cuando la ley requiera que revelemos sus expedientes médicos (por ejemplo, conforme a una citación o un mandato judicial), nosotros lucharemos por su derecho a la privacidad a la mayor medida antes de hacer cualquier revelación, y solo revelaremos la información más limitada necesaria para cumplir con la ley. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestras políticas sobre su confidencialidad, siéntase en libertad de hablar con nuestro personal o de comunicarse con nuestro Vicepresidente de Cumplimiento al 413-733-6624.

Acceso a sus Expedientes

Usted tiene el derecho de solicitar acceso a su expediente médico en cualquier momento al recibir servicios clínicos a través de CHD. Para obtener acceso a sus expedientes, complete una Forma para Solicitar Expedientes, la cual está disponible a través del personal administrativo de nuestra clínica. Usted recibirá una respuesta por escrito a su solicitud en no más de 30 días luego de recibir su solicitud. En la gran mayoría de los casos, usted tendrá la oportunidad de recibir o ver su expediente médico de forma escrita o electrónica, cual de estas usted prefiera. En circunstancias bien limitadas – por ejemplo, si revelarle su expediente lo pone en peligro a usted o alguna otra persona – podríamos negarle su derecho a acceder parte o todo su expediente médico, pero si se toma la decisión de limitar o negarle acceso, le proveeremos una explicación por escrito de la decisión y usted tendrá la oportunidad de apelar la decisión utilizando nuestra Política de Querellas.

SECTION III Políticas

Política de Pagos

Seguros Aceptados

El pago por servicios tiene que realizarse al momento que se provee el servicio. Solicitamos que la cantidad del copago sea pagada a el/la recepcionista antes de cada sesión. Si necesita un recibo de su copago, favor de asegurarse que el/la recepcionista tenga conocimiento en el momento que usted realice su pago. Las clínicas de CHD aceptan la gran mayoría de los planes de seguro incluyendo, Medicaid, Medicare, y seguros comerciales.

Política de Querellas

Usted tiene el derecho de someter una querrela si usted entiende que sus derechos no han sido respetados. Copias de la forma para realizar querellas están disponibles a través de el/la recepcionista. Luego que usted complete la forma para realizar querellas, se la puede entregar a cualquiera de nuestro personal. Si usted prefiere enviar su querrela por correo, usted puede enviarla a la localización de su clínica; la dirección de correo para cada una de las clínicas se encuentra en la Sección II de este manual. El Director de la Clínica será notificado acerca de la sumisión de su querrela dentro de un día laboral. Usted tendrá la oportunidad de tener una reunión cara-a-cara con el Director de su Clínica dentro de una semana del Director haber recibido su querrela.

Luego de la reunión, el Director de la Clínica responderá por escrito a su querrela en un término de 3-5 días laborales. Le enviaremos la determinación por correo a su última dirección conocida, así que favor mantenga su dirección actualizada en su expediente a través de nuestra oficina. También mantendremos una copia de la respuesta del Director en el expediente médico del cliente para nuestros archivos.

Usted también tiene el derecho de someter una querrela a través de la Línea de Querellas para el Consumidor de la División de Calidad para el Cuidado de la Salud de Massachusetts (800-462-5540) o a través de la Línea de Querellas Confidencial de la Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias de Massachusetts (617-624-5171). Ambas agencias estatales fomentan, sin embargo, al igual que nosotros, a que trabaje con su proveedor o clínica primero para tratar de resolver el problema directamente, lo cual en la mayoría de los casos resultará en una resolución más rápida que una investigación estatal.

Procedimientos de Apelación

Si usted no está satisfecho con la respuesta del Director de la Clínica, usted puede someter una apelación al Vicepresidente de Servicios Clínicos de CHD. Los procedimientos y el tiempo de espera serán igual al de la apelación inicial. La decisión del Vicepresidente de Servicios Clínicos será la final.

Política de Tabaco

Fumar y el uso de todo tipo de productos de Tabaco está prohibido en la propiedad de la clínica. Fumar también está prohibido en los vehículos de CHD y en los vehículos personales de nuestro personal si estos están siendo utilizados para transportar clientes de CHD. Excepciones incluyen localizaciones en las cuales las oficinas de CHD estén ubicadas en lugares públicos compartidos, y en esos casos, solo será permitido en áreas designadas fuera de nuestras instalaciones y lejos de las entradas. Estamos concientes que el uso de tabaco es un mecanismo de afrontamiento para muchos clientes de nuestros servicios de tratamiento para el abuso de sustancias; le alentamos a que hable con el Coordinador de Educación de Tabaco de nuestra clínica para que adquiera ayuda para dejar de fumar o para mejor entender las razones detrás de nuestra política.

Política de Alojamiento de Discapacidad

CHD busca cumplir con el Acto para los Americanos con Discapacidades y honrará todas las medidas razonables para hacer acomodos según su discapacidad física o emocional. Si usted entiende que necesita algún acomodo médico, mental, o emocional, favor comuníquese con el Director de la Clínica o el Coordinador de Acceso lo antes posible para que podamos asegurar que su cuidado sea accesible y efectivo.

Personas Sordas y con Problemas de Audición

CHD utiliza los servicios de Massachusetts Relay para las Personas Sordas y con Problemas de Audición. Estamos comprometidos a proveerle acceso a las personas sordas y con problemas de audición y hemos proveído intérpretes en Lenguaje de Señas Americano (ASL) para sesiones de terapia en la clínica y en la comunidad.

Personas con Discapacidad Visual y Legalmente Ciegos

CHD no rehusa servicios a personas debido a una discapacidad visual. Nuestros servicios en la comunidad hacen que nuestros programas sean mucho más accesibles que aquellos programas que requieren que usted vaya a la clínica para recibir servicios. También podemos proveer copias en letra grande de información relevante de nuestra clínica.

Acceso Físico y Discapacidad de Movilidad

Nosotros no rehusamos servicios a las personas debido a discapacidad física o de movilidad. Todas las localizaciones de nuestras clínicas son accesibles para discapacitados y están ubicadas en rutas principales de autobús, y nuestros servicios en la comunidad hacen que nuestros programas sean mucho más accesibles.

Normas que Gobiernan la Conducta del Cliente y Sanciones por Violación

Las políticas en las clínicas de CHD han sido establecidas para crear un ambiente de tratamiento seguro y efectivo. El no comportarse de una manera socialmente aceptable para garantizar este ambiente seguro resultará en una petición de desalojar la institución, y puede resultar en contactar a las autoridades si el asunto lo justifica.

Actividades no aceptables incluyen:

- Amenazar a otros (incluyendo clientes y personal de la clínica)
- Conducta revoltosa, tal como gritar en o alrededor del área de espera
- Cualquier conducta físicamente amenazante
- Uso de alcohol, tabaco, o drogas en o alrededor de la localización de la clínica
- Otras actividades que el Director Clínico considere que pongan en riesgo a la clínica, a sus clientes, y a su personal

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Recepcionistas de las Clínicas

367 Pine Street, Springfield, MA 01105	(413) 737-1426
246 Park Street, West Springfield, MA 01089	(413) 737-4718
342 Birnie Avenue, Springfield, MA 01107	(413) 439-2160
102 Main Street, Greenfield, MA 01301	(413) 774 6252
179 Northampton Street, Easthampton, MA 01027	(413) 529-1764
131 West Main Street, Orange, MA 01364	(978) 544-2148
622 State Street, Springfield, MA 01109	(413) 439-1200
494 Appleton Street, Holyoke, MA 01040	(413) 532-1456
1221 Main Street, Suite 309, Holyoke, MA 01040	(413) 316-1445

Número Luego de Horas Laborales (800) 232-0510

Vicepresidente de Servicios Clínicos de CHD (413) 733-6624

Línea de Querellas para el Consumidor de la División de Calidad para el Cuidado de la Salud (800) 462-5540

Línea de Querellas Confidencial de la Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (617) 624-5171

Líneas de Crisis

BHN Crisis	Hampden County	(800) 437-5922
CSO Crisis	Franklin County	(413) 774-5411
CSO Crisis	Hampshire County	(413) 586-5555
CSO Crisis	Orange/Athol	(978) 249-3141



Este formulario de autorización está archivado en el siguiente programa de CHD:
(Uso exclusivo de la oficina)

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REVELAR O RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre completo del paciente: _____		Otro nombre utilizado / Apodo: _____	Fecha de hoy: _____
Dirección del paciente: _____		Teléfono principal del paciente/tutor: ()	
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	(Si corresponde) Nombre del representante legal y relación con el paciente: _____		

Autorizo al **Centro para el Desarrollo Humano (Center for Human Development)** a revelar información a la persona, al organismo o al centro mencionado a continuación y a recibir información de estos, verbalmente o por escrito, como se indica en esta autorización.

Nombre de la persona, del organismo o del centro con los cuales se puede compartir la información: _____	
Dirección: _____	Teléfono/Fax: _____
Relación de la persona, el organismo o el centro con el paciente: <i>Primary Care Provider</i>	

Puede revelarse y recibirse la siguiente información (Pídale a la persona o al representante legal que ponga su inicial en cada punto que puede revelarse o recibirse):

Información de evaluaciones	Planificación del alta del hospital	Expedientes de salud física
Beneficios/servicios necesarios	Información sobre la vivienda	Notas de evolución
Expedientes de criminalística	Informes de laboratorio	Expedientes psicológicos
Informes educativos	Diagnósticos médicos	Planes de tratamiento/servicio
Expedientes de empleo/vocacionales	Información sobre medicamentos	Otro (especifique a continuación):
Información económica	Diagnóstico de salud mental	

Mi información se utilizará con los siguientes fines – el fin DEBE listarse:

Autorización especial para información de tratamientos por trastornos de consumo de sustancias:

INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS: Entiendo que, si estoy recibiendo específicamente servicios de un programa de tratamiento para el consumo de sustancias financiado con fondos federales en CHD, mis expedientes están protegidos por las normas federales que regulan la CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, 42 CFR, parte 2 (parte 2). La parte 2 generalmente exige el consentimiento escrito de la persona atendida antes de hacer una revelación de expedientes protegidos. El consentimiento debe ser siempre escrito e incluir información específica acerca del receptor de los expedientes y de los expedientes que se compartirán. Entiendo además que la parte 2 permite circunstancias en las cuales esta información puede revelarse sin mi consentimiento, como en comunicaciones internas, emergencias médicas y denuncias de supuesto abuso o abandono infantil, y otras situaciones. También entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos del mismo se encuentren ya realizados. Además, entiendo que estas normas continuarán protegiendo la confidencialidad de la información que me identifica como paciente en un programa de tratamiento para el consumo de alcohol o de drogas y evitarán que se vuelva a revelar, salvo a un titular legítimo con fines de pago, actividades relacionadas con la asistencia sanitaria o tratamientos.

La información del tratamiento para el consumo de sustancias SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de información perteneciente al consumo de drogas o alcohol o a su tratamiento o diagnóstico con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al consumo de alcohol o drogas ni a su diagnóstico o tratamiento.	

Autorización especial para revelar información sanitaria protegida relativa al VIH/SIDA y a las enfermedades de transmisión sexual

La información sobre el VIH/SIDA SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información perteneciente al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "X" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.	

La información sobre las enfermedades de transmisión sexual SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información relativa al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "X" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.	

También entiendo que:

Mis expedientes están protegidos por las normas federales relativas a la privacidad y contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), 45 C.F.R., partes 160 y 164. Entiendo que mi información sanitaria especificada anteriormente se revelará conforme a esta autorización y que es posible que la ley HIPAA relativa a la privacidad ya no la proteja.

Mis expedientes protegidos por las normas federales relativas a la privacidad contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) pueden revelarse sin mi consentimiento para tratamientos, pagos o actividades relacionadas con la asistencia sanitaria. Por ejemplo, control de calidad, análisis de utilización, acreditación, facturación y otras actividades que forman parte de garantizar el pago y el tratamiento adecuados. La HIPAA también permite la revelación sin mi consentimiento para ciertas actividades relacionadas con el interés público.

CHD puede revelar información confidencial a un prestador de servicios de apoyo solo mediante un acuerdo escrito en el cual todos los prestadores comprenden que protegerán la información y no continuarán revelándola.

Esta autorización para revelar información no es una condición para que se me preste asistencia. Si elijo no completar este formulario, igualmente recibiré todos los servicios pertinentes para mi atención.

Si una situación de emergencia me pusiera a mí o a otras personas en riesgo de daño, la información acerca de mí y de mi tratamiento puede revelarse sin mi consentimiento, limitando el uso al mínimo que sea necesario, para proteger la salud o la seguridad de todos. Esto incluye situaciones donde es posible que se necesite adoptar mis voluntades anticipadas médicas o psiquiátricas.

CHD utilizará mi información, limitando el uso al mínimo que sea necesario, con el fin de coordinar asistencia, prestar servicios y funcionar como entidad comercial sólida según las leyes HIPAA y 42CFR, parte 2. Los empleados de CHD, los auditores, los otorgantes de financiamiento, las compañías de seguro y otros entes reguladores y de supervisión pueden tener acceso a mi información sanitaria protegida sin mi consentimiento para estos fines.

Tengo derecho a recibir una lista de la revelación, el traspaso, la facilitación de acceso o la divulgación, de cualquier otro modo, de información fuera de CHD donde figure mi información sanitaria protegida (con excepciones de acuerdo con las leyes) conforme a la HIPAA durante los últimos seis años y, conforme a la parte 2, durante los dos últimos años. También entiendo que, si quiero solicitar esta lista de entidades, debo hacerlo por escrito.

Puedo anular esta autorización en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos de la misma se encuentren ya realizados.

Esta autorización es válida desde la fecha en la cual la firmo y seguirá vigente hasta el momento en que una de las siguientes situaciones ocurra primero: 1) la fecha en la que anule esta autorización, 2) la fecha en la que me den el alta de CHD, Inc. 3) cuando se haya recibido el artículo solicitado, o 4) la fecha de vencimiento.

Me han ofrecido una copia de este formulario para que la guarde (marque una opción): La acepté La rechacé
Me han explicado completamente este formulario y certifico que entiendo toda la información que figura arriba.

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

Firma de la persona/del representante legal: _____

Firma del testigo: _____



Este formulario de autorización está archivado en el siguiente programa de CHD:
(Uso exclusivo de la oficina)

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REVELAR O RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre completo del paciente:		Otro nombre utilizado / Apodo:	Fecha de hoy:
Dirección del paciente:		Teléfono principal del paciente/tutor: ()	
Fecha de nacimiento:	(Si corresponde) Nombre del representante legal y relación con el paciente:		

Autorizo al **Centro para el Desarrollo Humano (Center for Human Development)** a revelar información a la persona, al organismo o al centro mencionado a continuación y a recibir información de estos, verbalmente o por escrito, como se indica en esta autorización.

Nombre de la persona, del organismo o del centro con los cuales se puede compartir la información:	
Dirección:	Teléfono/Fax:
Relación de la persona, el organismo o el centro con el paciente: <u>School</u>	

Puede revelarse y recibirse la siguiente información (Pídale a la persona o al representante legal que ponga su inicial en cada punto que puede revelarse o recibirse):

Información de evaluaciones	Planificación del alta del hospital	Expedientes de salud física
Beneficios/servicios necesarios	Información sobre la vivienda	Notas de evolución
Expedientes de criminalística	Informes de laboratorio	Expedientes psicológicos
Informes educativos	Diagnósticos médicos	Planes de tratamiento/servicio
Expedientes de empleo/vocacionales	Información sobre medicamentos	Otro (especifique a continuación):
Información económica	Diagnóstico de salud mental	

Mi información se utilizará con los siguientes fines – el fin DEBE listarse:

Autorización especial para información de tratamientos por trastornos de consumo de sustancias:

INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS: Entiendo que, si estoy recibiendo específicamente servicios de un programa de tratamiento para el consumo de sustancias financiado con fondos federales en CHD, mis expedientes están protegidos por las normas federales que regulan la CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, 42 CFR, parte 2 (parte 2). La parte 2 generalmente exige el consentimiento escrito de la persona atendida antes de hacer una revelación de expedientes protegidos. El consentimiento debe ser siempre escrito e incluir información específica acerca del receptor de los expedientes y de los expedientes que se compartirán. Entiendo además que la parte 2 permite circunstancias en las cuales esta información puede revelarse sin mi consentimiento, como en comunicaciones internas, emergencias médicas y denuncias de supuesto abuso o abandono infantil, y otras situaciones. También entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos del mismo se encuentren ya realizados. Además, entiendo que estas normas continuarán protegiendo la confidencialidad de la información que me identifica como paciente en un programa de tratamiento para el consumo de alcohol o de drogas y evitarán que se vuelva a revelar, salvo a un titular legítimo con fines de pago, actividades relacionadas con la asistencia sanitaria o tratamientos.

La información del tratamiento para el consumo de sustancias SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de información perteneciente al consumo de drogas o alcohol o a su tratamiento o diagnóstico con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al consumo de alcohol o drogas ni a su diagnóstico o tratamiento.	

Autorización especial para revelar información sanitaria protegida relativa al VIH/SIDA y a las enfermedades de transmisión sexual

La información sobre el VIH/SIDA SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información perteneciente al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.	

La información sobre las enfermedades de transmisión sexual SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información relativa al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.	

También entiendo que:

Mis expedientes están protegidos por las normas federales relativas a la privacidad y contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), 45 C.F.R., partes 160 y 164. Entiendo que mi información sanitaria especificada anteriormente se revelará conforme a esta autorización y que es posible que la ley HIPAA relativa a la privacidad ya no la proteja.

Mis expedientes protegidos por las normas federales relativas a la privacidad contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) pueden revelarse sin mi consentimiento para tratamientos, pagos o actividades relacionadas con la asistencia sanitaria. Por ejemplo, control de calidad, análisis de utilización, acreditación, facturación y otras actividades que forman parte de garantizar el pago y el tratamiento adecuados. La HIPAA también permite la revelación sin mi consentimiento para ciertas actividades relacionadas con el interés público.

CHD puede revelar información confidencial a un prestador de servicios de apoyo solo mediante un acuerdo escrito en el cual todos los prestadores comprenden que protegerán la información y no continuarán revelándola.

Esta autorización para revelar información no es una condición para que se me preste asistencia. Si elijo no completar este formulario, igualmente recibiré todos los servicios pertinentes para mi atención.

Si una situación de emergencia me pusiera a mí o a otras personas en riesgo de daño, la información acerca de mí y de mi tratamiento puede revelarse sin mi consentimiento, limitando el uso al mínimo que sea necesario, para proteger la salud o la seguridad de todos. Esto incluye situaciones donde es posible que se necesite adoptar mis voluntades anticipadas médicas o psiquiátricas.

CHD utilizará mi información, limitando el uso al mínimo que sea necesario, con el fin de coordinar asistencia, prestar servicios y funcionar como entidad comercial sólida según las leyes HIPAA y 42CFR, parte 2. Los empleados de CHD, los auditores, los otorgantes de financiamiento, las compañías de seguro y otros entes reguladores y de supervisión pueden tener acceso a mi información sanitaria protegida sin mi consentimiento para estos fines.

Tengo derecho a recibir una lista de la revelación, el traspaso, la facilitación de acceso o la divulgación, de cualquier otro modo, de información fuera de CHD donde figure mi información sanitaria protegida (con excepciones de acuerdo con las leyes) conforme a la HIPAA durante los últimos seis años y, conforme a la parte 2, durante los dos últimos años. También entiendo que, si quiero solicitar esta lista de entidades, debo hacerlo por escrito.

Puedo anular esta autorización en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos de la misma se encuentren ya realizados.

Esta autorización es válida desde la fecha en la cual la firmo y seguirá vigente hasta el momento en que una de las siguientes situaciones ocurra primero: 1) la fecha en la que anule esta autorización, 2) la fecha en la que me den el alta de CHD, Inc. 3) cuando se haya recibido el artículo solicitado, o 4) la fecha de vencimiento.

Me han ofrecido una copia de este formulario para que la guarde (marque una opción): La acepté La rechacé
Me han explicado completamente este formulario y certifico que entiendo toda la información que figura arriba.

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

Firma de la persona/del representante legal: _____

Firma del testigo: _____



Este formulario de autorización está archivado en el siguiente programa de CHD:
(Uso exclusivo de la oficina)

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REVELAR O RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre completo del paciente: _____		Otro nombre utilizado / Apodo: _____	Fecha de hoy: _____
Dirección del paciente: _____		Teléfono principal del paciente/tutor: ()	
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	(Si corresponde) Nombre del representante legal y relación con el paciente: _____		

Autorizo al Centro para el Desarrollo Humano (Center for Human Development) a revelar información a la persona, al organismo o al centro mencionado a continuación y a recibir información de estos, verbalmente o por escrito, como se indica en esta autorización.

Nombre de la persona, del organismo o del centro con los cuales se puede compartir la información: _____	
Dirección: _____	Teléfono/Fax: _____
Relación de la persona, el organismo o el centro con el paciente: <i>Emergency Contact</i>	

Puede revelarse y recibirse la siguiente información (Pídale a la persona o al representante legal que ponga su inicial en cada punto que puede revelarse o recibirse):

Información de evaluaciones	Planificación del alta del hospital	Expedientes de salud física
Beneficios/servicios necesarios	Información sobre la vivienda	Notas de evolución
Expedientes de criminalística	Informes de laboratorio	Expedientes psicológicos
Informes educativos	Diagnósticos médicos	Planes de tratamiento/servicio
Expedientes de empleo/vocacionales	Información sobre medicamentos	Otro (especifique a continuación):
Información económica	Diagnóstico de salud mental	

Mi información se utilizará con los siguientes fines – el fin DEBE listarse:

Autorización especial para información de tratamientos por trastornos de consumo de sustancias:

INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS: Entiendo que, si estoy recibiendo específicamente servicios de un programa de tratamiento para el consumo de sustancias financiado con fondos federales en CHD, mis expedientes están protegidos por las normas federales que regulan la CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, 42 CFR, parte 2 (parte 2). La parte 2 generalmente exige el consentimiento escrito de la persona atendida antes de hacer una revelación de expedientes protegidos. El consentimiento debe ser siempre escrito e incluir información específica acerca del receptor de los expedientes y de los expedientes que se compartirán. Entiendo además que la parte 2 permite circunstancias en las cuales esta información puede revelarse sin mi consentimiento, como en comunicaciones internas, emergencias médicas y denuncias de supuesto abuso o abandono infantil, y otras situaciones. También entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos del mismo se encuentren ya realizados. Además, entiendo que estas normas continuarán protegiendo la confidencialidad de la información que me identifica como paciente en un programa de tratamiento para el consumo de alcohol o de drogas y evitarán que se vuelva a revelar, salvo a un titular legítimo con fines de pago, actividades relacionadas con la asistencia sanitaria o tratamientos.

La información del tratamiento para el consumo de sustancias SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de información perteneciente al consumo de drogas o alcohol o a su tratamiento o diagnóstico con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al consumo de alcohol o drogas ni a su diagnóstico o tratamiento.	

Autorización especial para revelar información sanitaria protegida relativa al VIH/SIDA y a las enfermedades de transmisión sexual

La información sobre el VIH/SIDA SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información perteneciente al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.	

La información sobre las enfermedades de transmisión sexual SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información relativa al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.	

También entiendo que:

Mis expedientes están protegidos por las normas federales relativas a la privacidad y contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), 45 C.F.R., partes 160 y 164. Entiendo que mi información sanitaria especificada anteriormente se revelará conforme a esta autorización y que es posible que la ley HIPAA relativa a la privacidad ya no la proteja.

Mis expedientes protegidos por las normas federales relativas a la privacidad contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) pueden revelarse sin mi consentimiento para tratamientos, pagos o actividades relacionadas con la asistencia sanitaria. Por ejemplo, control de calidad, análisis de utilización, acreditación, facturación y otras actividades que forman parte de garantizar el pago y el tratamiento adecuados. La HIPAA también permite la revelación sin mi consentimiento para ciertas actividades relacionadas con el interés público.

CHD puede revelar información confidencial a un prestador de servicios de apoyo solo mediante un acuerdo escrito en el cual todos los prestadores comprenden que protegerán la información y no continuarán revelándola.

Esta autorización para revelar información no es una condición para que se me preste asistencia. Si elijo no completar este formulario, igualmente recibiré todos los servicios pertinentes para mi atención.

Si una situación de emergencia me pusiera a mí o a otras personas en riesgo de daño, la información acerca de mí y de mi tratamiento puede revelarse sin mi consentimiento, limitando el uso al mínimo que sea necesario, para proteger la salud o la seguridad de todos. Esto incluye situaciones donde es posible que se necesite adoptar mis voluntades anticipadas médicas o psiquiátricas.

CHD utilizará mi información, limitando el uso al mínimo que sea necesario, con el fin de coordinar asistencia, prestar servicios y funcionar como entidad comercial sólida según las leyes HIPAA y 42CFR, parte 2. Los empleados de CHD, los auditores, los otorgantes de financiamiento, las compañías de seguro y otros entes reguladores y de supervisión pueden tener acceso a mi información sanitaria protegida sin mi consentimiento para estos fines.

Tengo derecho a recibir una lista de la revelación, el traspaso, la facilitación de acceso o la divulgación, de cualquier otro modo, de información fuera de CHD donde figure mi información sanitaria protegida (con excepciones de acuerdo con las leyes) conforme a la HIPAA durante los últimos seis años y, conforme a la parte 2, durante los dos últimos años. También entiendo que, si quiero solicitar esta lista de entidades, debo hacerlo por escrito.

Puedo anular esta autorización en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos de la misma se encuentren ya realizados.

Esta autorización es válida desde la fecha en la cual la firmo y seguirá vigente hasta el momento en que una de las siguientes situaciones ocurra primero: 1) la fecha en la que anule esta autorización, 2) la fecha en la que me den el alta de CHD, Inc. 3) cuando se haya recibido el artículo solicitado, o 4) la fecha de vencimiento.

Me han ofrecido una copia de este formulario para que la guarde (marque una opción): La acepté La rechacé
Me han explicado completamente este formulario y certifico que entiendo toda la información que figura arriba.

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

Firma de la persona/del representante legal: _____

Firma del testigo: _____



Este formulario de autorización está archivado en el siguiente programa de CHD:

(Uso exclusivo de la oficina)

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REVELAR O RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre completo del paciente:		Otro nombre utilizado / Apodo:	Fecha de hoy:
Dirección del paciente:		Teléfono principal del paciente/tutor: ()	
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	(Si corresponde) Nombre del representante legal y relación con el paciente:		

Autorizo al Centro para el Desarrollo Humano (Center for Human Development) a revelar información a la persona, al organismo o al centro mencionado a continuación y a recibir información de estos, verbalmente o por escrito, como se indica en esta autorización.

Nombre de la persona, del organismo o del centro con los cuales se puede compartir la información:	
Dirección:	Teléfono/Fax:
Relación de la persona, el organismo o el centro con el paciente:	

Puede revelarse y recibirse la siguiente información (Pídale a la persona o al representante legal que ponga su inicial en cada punto que puede revelarse o recibirse):

Información de evaluaciones	Planificación del alta del hospital	Expedientes de salud física
Beneficios/servicios necesarios	Información sobre la vivienda	Notas de evolución
Expedientes de criminalística	Informes de laboratorio	Expedientes psicológicos
Informes educativos	Diagnósticos médicos	Planes de tratamiento/servicio
Expedientes de empleo/vocacionales	Información sobre medicamentos	Otro (especifique a continuación):
Información económica	Diagnóstico de salud mental	

Mi información se utilizará con los siguientes fines – el fin DEBE listarse:

Autorización especial para información de tratamientos por trastornos de consumo de sustancias:

INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS: Entiendo que, si estoy recibiendo específicamente servicios de un programa de tratamiento para el consumo de sustancias financiado con fondos federales en CHD, mis expedientes están protegidos por las normas federales que regulan la CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, 42 CFR, parte 2 (parte 2). La parte 2 generalmente exige el consentimiento escrito de la persona atendida antes de hacer una revelación de expedientes protegidos. El consentimiento debe ser siempre escrito e incluir información específica acerca del receptor de los expedientes y de los expedientes que se compartirán. Entiendo además que la parte 2 permite circunstancias en las cuales esta información puede revelarse sin mi consentimiento, como en comunicaciones internas, emergencias médicas y denuncias de supuesto abuso o abandono infantil, y otras situaciones. También entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos del mismo se encuentren ya realizados. Además, entiendo que estas normas continuarán protegiendo la confidencialidad de la información que me identifica como paciente en un programa de tratamiento para el consumo de alcohol o de drogas y evitarán que se vuelva a revelar, salvo a un titular legítimo con fines de pago, actividades relacionadas con la asistencia sanitaria o tratamientos.

La información del tratamiento para el consumo de sustancias SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de información perteneciente al consumo de drogas o alcohol o a su tratamiento o diagnóstico con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al consumo de alcohol o drogas ni a su diagnóstico o tratamiento.	

Autorización especial para revelar información sanitaria protegida relativa al VIH/SIDA y a las enfermedades de transmisión sexual

La información sobre el VIH/SIDA SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información perteneciente al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA.	

La información sobre las enfermedades de transmisión sexual SOLO se revelará si usted lo autoriza específicamente poniendo sus iniciales en el espacio correspondiente a continuación y completando cada espacio en blanco.

Escriba su inicial aquí para permitir la revelación	Autorizo específicamente la revelación de la información relativa al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual con el fin de:
	Esta información está limitada a:
Si se deja en blanco el casillero de iniciales, CHD anulará este espacio colocando una "x" para indicar que no se revelará información relativa al diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.	

También entiendo que:

Mis expedientes están protegidos por las normas federales relativas a la privacidad y contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), 45 C.F.R., partes 160 y 164. Entiendo que mi información sanitaria especificada anteriormente se revelará conforme a esta autorización y que es posible que la ley HIPAA relativa a la privacidad ya no la proteja.

Mis expedientes protegidos por las normas federales relativas a la privacidad contenidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) pueden revelarse sin mi consentimiento para tratamientos, pagos o actividades relacionadas con la asistencia sanitaria. Por ejemplo, control de calidad, análisis de utilización, acreditación, facturación y otras actividades que forman parte de garantizar el pago y el tratamiento adecuados. La HIPAA también permite la revelación sin mi consentimiento para ciertas actividades relacionadas con el interés público.

CHD puede revelar información confidencial a un prestador de servicios de apoyo solo mediante un acuerdo escrito en el cual todos los prestadores comprenden que protegerán la información y no continuarán revelándola.

Esta autorización para revelar información no es una condición para que se me preste asistencia. Si elijo no completar este formulario, igualmente recibiré todos los servicios pertinentes para mi atención.

Si una situación de emergencia me pusiera a mí o a otras personas en riesgo de daño, la información acerca de mí y de mi tratamiento puede revelarse sin mi consentimiento, limitando el uso al mínimo que sea necesario, para proteger la salud o la seguridad de todos. Esto incluye situaciones donde es posible que se necesite adoptar mis voluntades anticipadas médicas o psiquiátricas.

CHD utilizará mi información, limitando el uso al mínimo que sea necesario, con el fin de coordinar asistencia, prestar servicios y funcionar como entidad comercial sólida según las leyes HIPAA y 42CFR, parte 2. Los empleados de CHD, los auditores, los otorgantes de financiamiento, las compañías de seguro y otros entes reguladores y de supervisión pueden tener acceso a mi información sanitaria protegida sin mi consentimiento para estos fines.

Tengo derecho a recibir una lista de la revelación, el traspaso, la facilitación de acceso o la divulgación, de cualquier otro modo, de información fuera de CHD donde figure mi información sanitaria protegida (con excepciones de acuerdo con las leyes) conforme a la HIPAA durante los últimos seis años y, conforme a la parte 2, durante los dos últimos años. También entiendo que, si quiero solicitar esta lista de entidades, debo hacerlo por escrito.

Puedo anular esta autorización en cualquier momento, salvo con respecto a los actos que en términos de la misma se encuentren ya realizados.

Esta autorización es válida desde la fecha en la cual la firmo y seguirá vigente hasta el momento en que una de las siguientes situaciones ocurra primero: 1) la fecha en la que anule esta autorización, 2) la fecha en la que me den el alta de CHD, Inc. 3) cuando se haya recibido el artículo solicitado, o 4) la fecha de vencimiento.

Me han ofrecido una copia de este formulario para que la guarde (marque una opción): La acepté La rechacé
Me han explicado completamente este formulario y certifico que entiendo toda la información que figura arriba.

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

Firma de la persona/del representante legal: _____

Firma del testigo: _____