



Aviso de Prácticas de Privacidad
North Suffolk Community Services (NSCS)
301 Broadway
Chelsea, MA 02150

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede acceder a esta información. La ley nos exige que le proporcionemos este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Por favor, revíselo detenidamente.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de Privacidad, comuníquese con el Funcionario de Privacidad:

Funcionario de Privacidad
265 Beach St
Revere, MA 02151
1-857-675-1767

Introducción

Este Aviso de Prácticas de Privacidad le brinda la siguiente información:

- Cómo nosotros (North Suffolk Community Services) podemos usar y revelar información médica para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley;
- Sus derechos con respecto a la información médica que mantenemos acerca de usted y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos;
- Las obligaciones que tenemos para proteger su información médica.

"Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)" es el término para la información de atención médica que hemos recopilado de usted o recibido por parte de sus proveedores de atención médica, planes de salud, su empleador o una cámara de compensación de atención médica. Puede incluir información sobre su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; la provisión de su atención médica; y el pago de sus servicios de atención médica. La PHI también incluye cualquier información que lo identifique, como nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, etc.

La ley nos exige mantener la privacidad de su PHI. El acceso a su PHI se dará a los miembros del personal y socios de negocios solo cuando exista una necesidad clínica y/o de negocios legítima de esa información. Intentaremos limitar la información

intercambiada a la cantidad mínima necesaria para satisfacer la necesidad clínica o de negocios.

Cómo Usaremos y Revelaremos Su Información Médica

Usaremos y revelaremos su información médica tal como se describe en cada categoría que se detalla a continuación. Para cada categoría, explicaremos lo que queremos decir en general, pero no describiremos todos los usos o revelaciones específicas de la información médica.

Para cada categoría, explicaremos lo que queremos decir en términos generales en lugar de términos exhaustivos; no cubrimos todos los usos o revelaciones posibles de la información de atención médica.

I. Usos y Revelaciones para los Cuales no se Requiere Autorización

- A. Para Tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información médica sin su autorización para brindarle atención médica y cualquier servicio relacionado. También usaremos y revelaremos su información médica para coordinar y administrar su atención médica y servicios relacionados. Un ejemplo sería que un especialista se comuniquen con su médico de atención primaria para coordinar los servicios.
- B. Para Pagos:** Podemos usar o revelar su información médica sin su autorización para que el tratamiento y los servicios que reciba sean facturados a su plan de salud (seguro de salud) u otro tercero pagador y el pago sea cobrado. A menos que acepte pagar de su bolsillo los servicios y restringir el acceso a la información a otras entidades. Esto no aplicará si no paga las tarifas por los servicios recibidos.
- C. Para Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y revelar información médica sobre usted sin su autorización para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y revelaciones son necesarios para administrar nuestra organización y asegurarnos de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Un ejemplo de esto sería el Departamento de Salud Pública inspeccionando los archivos de nuestros clientes.
- D. Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud:** Podemos usar y revelar información médica para informarle sobre beneficios o servicios orientados a la salud que puedan ser de su interés. Si no desea que le brindemos información sobre beneficios o servicios relacionados con la salud, debe notificar al Coordinador de Servicios de Información Médica o al Funcionario de Privacidad por escrito indicando su nombre y dirección y que no desea recibir materiales sobre beneficios o servicios relacionados con la salud.

Actividades de Recaudación de Fondos: Podemos usar o revelar información médica sobre usted para comunicarle sobre recaudación de fondos para nuestros programas, servicios y operaciones. Si revelamos dicha información, generalmente solo revelaremos información de contacto, como su nombre, dirección y las fechas en que recibió los servicios. En algunos casos, podemos revelar información adicional, como el nombre de su médico, el departamento en el que se brindaron los servicios e información sobre los resultados. Si no desea que nos comuniquemos con usted con fines de recaudación de fondos, debe notificarlo al Funcionario de Privacidad por escrito indicando su nombre y dirección y que no desea recibir ninguna solicitud de recaudación de fondos de nuestra parte para que podamos eliminarlo de la lista.

II. Usos y Revelaciones Permitidas o Requeridas Por la Ley

Los siguientes usos y revelaciones pueden realizarse sin su consentimiento o autorización. North Suffolk Community Services mantendrá un registro de este tipo de revelación y usted puede solicitar una lista de cualquier revelación que hayamos realizado sin su consentimiento o autorización. Haga esta solicitud por escrito al Coordinador de Servicios de Información Médica o al Funcionario de Privacidad.

- A. Emergencias:** Podemos usar y revelar su información médica en una situación de tratamiento de emergencia.
- B. Investigación:** Podemos revelar su información médica a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad similar que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para proteger la privacidad de su información médica. También se le puede proporcionar una autorización combinada por escrito del cliente para usar o revelar su PHI durante un ensayo clínico. Tiene derecho a excluirse en cualquier momento de una actividad de investigación sin condiciones.
- C. Según Lo Exige La Ley:** Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
- D. Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud y la Seguridad:** Podemos usar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a la salud o seguridad del público u otra persona. En estas circunstancias, solo revelaremos información médica a alguien que pueda ayudar a prevenir o disminuir la amenaza.
- E. Donación de Órganos y Tejidos:** Si usted es donante de órganos, podemos revelar su información médica a una organización de obtención de órganos o a una entidad que realice trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o que sirva como banco de donación de órganos,

según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

F. Actividades de Salud Pública: Podemos revelar información médica sobre usted según sea necesario para actividades de salud pública, incluidas revelaciones para:

- Informar a las autoridades de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar sobre eventos vitales como nacimiento o muerte.;
- Realizar vigilancia o investigaciones de salud pública.;
- Reportar abuso o negligencia infantil;
- Informar cierto evento a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por parte de una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA, incluida información sobre productos defectuosos o problemas con los medicamentos;
- Notificar al consumidor sobre retiros de productos iniciados por la FDA;
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que esté en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.;
- Notificar a la agencia gubernamental correspondiente si creemos que un adulto mayor o discapacitado ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Proporcionar a las escuelas pruebas de la vacunación de los estudiantes.

G. Actividades de Supervisión de la Salud: Podemos revelar información médica sobre usted a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las agencias de supervisión incluyen programas gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales como Medicare o Medicaid y otros programas gubernamentales que regulan las leyes de atención médica y derechos civiles.

H. Revelaciones en Procedimientos Legales: Podemos revelar información médica sobre usted a un tribunal cuando un juez nos ordene hacerlo. También podemos revelar información médica sobre usted en procedimientos legales sin su permiso u orden de un juez cuando:

- Usted sea parte de un procedimiento legal y recibamos un requerimiento de su información médica. Normalmente, no proporcionaremos esta información en respuesta a un requerimiento sin su autorización si la solicitud es para registros de abuso de sustancias o para información relacionada con el SIDA o la condición del VIH o pruebas

genéticas o registros de tratamiento por parte de un profesional de salud mental con licencia;

- Su información médica involucra comunicaciones realizadas durante un examen psiquiátrico ordenado por el tribunal;
- Usted presenta su condición mental o emocional como evidencia en apoyo de su reclamo o defensa en cualquier procedimiento y el juez aprueba nuestra revelación de su información médica;
- Usted demanda a cualquiera de nuestros médicos o personal por negligencia o presenta una denuncia ante una junta de licencias contra cualquiera de nuestros médicos;
- El procedimiento legal involucra la custodia de los hijos, la adopción o prescindir del consentimiento para la adopción, y el juez aprueba nuestra revelación de su información médica;
- Uno de nuestros trabajadores sociales presenta un procedimiento, o se le pide que testifique en un procedimiento, que involucre la acogida temporal de un niño o el compromiso de un niño con la custodia del Departamento de Niños y Familias de Massachusetts.

I. Actividades de Aplicación de la Ley: Podemos revelar información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley cuando:

- Usted acepta la revelación; o
- Cuando la información se proporcione en respuesta a una orden de un tribunal; o
- Determinemos que el propósito de la aplicación de la ley es responder a una amenaza de una actividad inminentemente peligrosa por su parte contra usted mismo o contra otra persona; o
- La divulgación es requerida por la ley de alguna otra manera.

J. Forenses o Directores de Funerarias: Podemos proporcionar información médica sobre nuestros clientes a un médico forense. Los médicos forenses son designados por ley para ayudar a identificar a las personas fallecidas y determinar la causa de la muerte en ciertas circunstancias. También podemos revelar información médica sobre nuestros clientes a directores de funerarias según sea necesario para que lleven a cabo sus funciones.

K. Militares y Veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su información médica según lo requieran las autoridades militares. También podemos revelar su información médica para determinar su elegibilidad para los beneficios proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos. Finalmente, si usted es miembro de un servicio militar extranjero,

podemos revelar su información médica a esa autoridad militar extranjera.

- L. Seguridad Nacional:** Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros para que puedan realizar investigaciones especiales.
- M. Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos revelar información médica sobre usted a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley.
- N. Indemnización por Accidente Laboral:** Podemos revelar información médica sobre usted para cumplir con la Ley de Compensación de Trabajadores de Massachusetts. Estas revelaciones generalmente se realizarán solo cuando hayamos recibido una orden judicial o cuando hayamos recibido un requerimiento para la información.
- O. Revelaciones a Familiares y Otras Personas Involucradas en su Atención:** Podemos revelar su información médica a sus descendientes y a otras personas que participaron en su atención o en el pago de su atención.

Usos y Revelaciones de Su Información Médica con Su Permiso

Los usos y revelaciones no descritos anteriormente en este Aviso de Prácticas de Privacidad, generalmente, solo se realizarán con su permiso por escrito, denominado "autorización". Ejemplos de revelaciones que requieren su autorización por escrito incluyen:

- A. Notas de Psicoterapia: La mayoría de los usos y revelaciones de notas de psicoterapia requerirían su permiso.
- B. Como parte de nuestros esfuerzos para mejorar la precisión y eficiencia de la documentación, el personal de NSCS puede utilizar un sistema de Inteligencia Artificial (IA) que ayude a mejorar la documentación de registros mientras mantiene el cumplimiento de las regulaciones de privacidad. NSCS necesitaría su autorización para usar este sistema. El propósito de esto es mejorar la calidad y eficiencia de la documentación dentro del registro y mejorar la eficiencia en la traducción de documentos dentro del registro. Todos los sistemas de IA utilizan redes seguras y monitoreadas y la supervisión humana

siempre será empleada para garantizar la precisión del registro de atención médica. No usaremos sus datos de atención médica en este sistema para ningún otro propósito que no sea el relacionado con su atención, a menos que sea permitido por la ley de otra manera.

- C. Marketing: NSCS necesitaría su autorización para enviarle comunicaciones sobre operaciones de tratamiento y atención médica si NSCS recibe pagos directos o indirectos de un tercero cuyo producto o servicio se comercializa.
- D. Venta de PHI: NSCS necesitaría su autorización para la venta de su PHI cuando recibamos una remuneración financiera de o en nombre del destinatario de la PHI a cambio de la misma; sin embargo, hay algunas excepciones cuando se trata de un pago.
- E. Otros: Hay varios otros tipos de usos y revelaciones que requieren su autorización, que se analizan por separado.

Derecho a Revocar la Autorización

Tiene derecho a revocar una autorización en cualquier momento. Para revocar una autorización, indique su deseo de hacerlo por escrito y envíelo al Funcionario de Privacidad. Si revoca una autorización, no realizaremos más usos o revelaciones de su información médica en virtud de esa autorización; sin embargo, no podremos recuperar la información revelada según su autorización previa.

Confidencialidad de los Registros de Abuso de Sustancias

Para las personas que han recibido tratamiento, diagnóstico o han sido referidas a tratamiento de nuestros programas de abuso de sustancias o alcohol, la confidencialidad de su información médica protegida está protegida por leyes y regulaciones federales adicionales. No podemos decirle a una persona ajena a los programas que usted asiste o ha asistido a alguno de estos programas, ni revelar información que lo identifique como consumidor de sustancias o drogas, a menos que:

- Usted autorice la revelación por escrito; o
- La revelación es requerida por una orden judicial; o
- La revelación se hace al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado con fines de investigación, auditoría o evaluación de programas.

Los pacientes referidos por el sistema de justicia penal cuyo tratamiento sea una condición para la disposición de un proceso penal, libertad condicional u otra liberación de custodia no tienen derecho a revocar el consentimiento hasta que se hayan cumplido todos los objetivos descritos en el plan de tratamiento o al recibir la disposición final de la libertad condicional.

Información Genética

Según lo exige la Ley de No Discriminación de Información Genética, la información genética es información médica, y los planes de salud y las aseguradoras tienen prohibido usar o revelar PHI que sea información genética con fines de suscripción.

Información del Dispositivo Móvil

No se compartirá información de dispositivos móviles con terceros/afiliados con fines de marketing/promocionales. Su elección de recibir mensajes de texto/SMS (sus datos de suscripción y consentimiento) tampoco se compartirá con nadie.

Sus Derechos Con Respecto A Su Información Médica

Derecho a Acceder, Inspeccionar y Copiar: Puede solicitar la oportunidad de inspeccionar o copiar la información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención, ya sean decisiones sobre su tratamiento o el pago de su atención. Debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Coordinador de Servicios de Información Médica o Funcionario de Privacidad.

- **Denegación de la Solicitud:** Podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar su información médica, pero solo en las circunstancias más limitadas e inusuales; si se deniega su solicitud, estaremos obligados a notificarle y defender nuestra decisión de denegarle el acceso. Además, en algunos casos, tendrá derecho a que la denegación sea revisada por un profesional de la salud que no esté directamente involucrado en la decisión original. Le informaremos por escrito si este nivel de apelación está disponible. Una vez que se complete la revisión, respetaremos la decisión tomada por el revisor profesional de la salud con licencia.
- **Derecho a Recibir una Copia:** Tiene derecho a recibir una copia en el formato electrónico que elija, si se puede producir fácilmente en ese formato. De lo contrario, debemos proporcionarlo en al menos un formato electrónico legible. Haremos todos los esfuerzos razonables para satisfacer su solicitud. Al realizar una solicitud formal adecuada, tiene derecho a esperar la entrega dentro de días. También podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de mano de obra y suministros asociados con la copia de su información médica.

Derecho a Enmendar: Mientras mantengamos registros sobre usted, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos cualquier información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención, ya sean decisiones sobre su tratamiento o el pago de su atención. Debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad.

Podemos denegar su solicitud de enmienda si no se presenta por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud. También podemos denegar su solicitud si nos solicita enmendar la información médica que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no estuviera disponible para realizar la modificación;
- No es parte de la información médica que mantenemos para tomar decisiones sobre su atención;
- No es parte de la información médica que se le permitiría inspeccionar o copiar; o
- Es precisa y completa.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, le enviaremos una notificación por escrito sobre la denegación indicando los motivos de la denegación y ofreciéndole la oportunidad de proporcionar una declaración por escrito en la que no esté de acuerdo con la denegación. Si no desea preparar una declaración de desacuerdo por escrito, puede solicitar que la enmienda solicitada y nuestra denegación se adjunten a todas las revelaciones futuras de la información médica que es objeto de su solicitud.

Si elige enviar una declaración de desacuerdo por escrito, tenemos el derecho de preparar una refutación de su declaración de desacuerdo por escrito. En este caso, adjuntaremos la solicitud por escrito y la refutación (así como la solicitud y denegación originales) a todas las revelaciones futuras de la información médica que es objeto de su solicitud.

Derecho a un Informe de Revelaciones: Tiene derecho a solicitar que le proporcionemos un informe de las revelaciones que hemos hecho de su información médica. Un informe es una lista de revelaciones. Esta lista no incluirá revelaciones de su información médica realizadas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, ni revelaciones realizadas en base a una autorización.

Para solicitar un informe de revelaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. La solicitud debe indicar el período de tiempo del cual desea recibir un informe. Este período de tiempo no debe exceder los seis años y no debe incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

El primer informe que solicite dentro de un período de doce meses será gratuito. Para solicitudes adicionales durante el mismo período de 12 meses, le cobraremos los costos

de proporcionar el informe. Le notificaremos el monto que cobraremos y puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de que incurramos en ningún costo.

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su atención médica solo en un lugar determinado o mediante un método determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo en el trabajo o por correo electrónico. Para solicitar dicha comunicación confidencial, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Atenderemos todas las solicitudes razonables

Derecho a ser Notificado en caso de una Filtración: En el caso de que su Información Médica Protegida sea accedida o utilizada por personas que no estén legalmente facultadas o autorizadas por usted, estamos obligados a informarle de las circunstancias y hacer esfuerzos razonables para mitigar cualquier consecuencia de la filtración.

Derecho a Restringir las Revelaciones a un Plan de Salud: Como se señaló anteriormente, si paga de su bolsillo, y en su totalidad, el costo del tratamiento o servicio, puede restringir las revelaciones que de otro modo se harían a su(s) plan(es) de salud para el pago del tratamiento. Si tiene pensado ejercer este derecho, debe hablar con su proveedor o administrador al respecto con anticipación para asegurarse de que se cumplan sus deseos.

Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias:

Los registros, tanto orales como escritos, de la identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un cliente del NSCS que recibe servicios por cualquier trastorno por abuso de sustancias son confidenciales y solo pueden revelarse de la siguiente manera:

1. Con el consentimiento por escrito del cliente.
2. Al personal médico en la medida necesaria para atender una emergencia médica de buena fe en la que no se pueda obtener el consentimiento del cliente.

3. A personal calificado con el propósito de realizar investigaciones científicas, auditorías de gestión, auditorías financieras o evaluación de programas, sin mayor revelación por parte de dicho personal de la identidad de cualquier cliente.
4. Por una Orden Judicial apropiada por una buena causa, pero solo después de una audiencia judicial con previo aviso al cliente y a NSCS.

Las restricciones sobre la revelación y el uso no se aplican a las comunicaciones de información entre proveedores de tratamiento en NSCS que necesiten la información en relación con sus deberes que surgen de la provisión de diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento de clientes con trastornos por abuso de sustancias.

Las restricciones sobre la revelación y el uso no se aplican a las comunicaciones de los proveedores de tratamiento a las agencias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que estén directamente relacionadas con la amenaza o comisión de un delito por parte de un cliente en las instalaciones del programa NSCS o contra el personal del programa.

Las restricciones sobre la revelación y el uso no se aplican a las denuncias ante la agencia estatal correspondiente, bajo la ley de Massachusetts, de incidentes donde se sospecha de abuso y negligencia infantil.

PROHIBICIÓN DE VOLVER A REVELAR INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS POR PARTE DE LOS DESTINATARIOS

Este registro que le ha sido revelado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Estas reglas le prohíben usar o revelar este registro, o un testimonio que describa la información contenida en este registro, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo de cualquier autoridad federal, Estatal o local, contra el paciente, a menos que lo autorice el consentimiento del paciente, excepto según lo dispuesto en 42 CFR 2.12(c)(5) o según lo autorizado por un tribunal de conformidad con 42 CFR 2.64 o 2.65. Además, las reglas federales le prohíben hacer cualquier otro uso o revelación de este registro a menos que corresponda al menos una de las siguientes condiciones:

- (i) El uso o revelación adicional está expresamente permitido mediante consentimiento por escrito de la persona cuya información se revela en este registro o según lo permitido por 42 CFR parte 2.
- (ii) Usted es una entidad cubierta o asociado comercial y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o
- (iii) Ha recibido el registro por parte de una entidad cubierta o socio comercial según lo permitido por 45 CFR parte 164, subpartes A y E.

Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los elementos de consentimiento por escrito necesarios para

seguir usando o volver a revelar el registro (consulte 42 CFR 2.31). Las entidades cubiertas o los socios comerciales pueden revelar un registro o información contenida en un registro de acuerdo con las regulaciones federales de HIPAA, excepto para usos y revelaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos contra el paciente.

Toda la Ley Federal y las Regulaciones Federales tituladas "Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias" se pueden encontrar en el Título 42 del Código de los Estados Unidos, la Sección 290dd - 2 y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2.

Quejas

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en la siguiente dirección:

North Suffolk Community Services

265 Beach St

Revere, MA 02151

Atención: Funcionario de Privacidad

También puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad al 1-857-675-1767

Todas las quejas deben presentarse por escrito. Le ayudaremos a escribir su queja si solicita dicha asistencia. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. También puede presentar una denuncia ante el gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Puede presentar una denuncia (y encontrar formularios que puede imprimir y enviar por correo) en la siguiente dirección web: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. También puede comunicarse con ellos al número de teléfono y la dirección a continuación:

Oficina de Derechos Civiles, DHHS

JFK Federal Building – Room 1875

Boston, MA 02203

(617) 565-1340; (617) 565-1343 (TDD)

(617) 565-3809 FAX

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso de Prácticas de Privacidad revisado o modificado para toda la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información médica que recibamos en el futuro.

Publicaremos una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente en nuestra oficina principal, en nuestro sitio web <http://northsuffolk.org/>, y en cada sitio donde brindamos atención. También puede obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente comunicándose con el Funcionario de Privacidad.



CÓMO DENUNCIAR ACTIVIDADES INADECUADAS O SOSPECHAS

North Suffolk está comprometido en investigar y responder ante actividades inadecuadas o sospechas de las mismas y en la protección de los empleados de posibles represalias por denunciar.

Qué Puede Denunciar

Cualquier actividad de North Suffolk Community Services o de un empleado de North Suffolk que viole alguna ley o regulación estatal o federal (por ej. Reglas de Privacidad y Seguridad de la HIPAA, corrupción, actividad ilícita, soborno, robo o mal uso de propiedad gubernamental, fraude o coerción); o que desperdicie dinero, se involucre en faltas graves, incompetencia grave o ineficiencia grave.

Donde Denunciar

- ✓ Su supervisor,
- ✓ Recursos Humanos o
- ✓ Funcionario de Cumplimiento con las Agencias
Sandra Heath, Directora de Gestión Continua de Calidad
265 Beach St Revere MA 02151
Línea de Denuncias y Privacidad: 617-488-5734

Cómo Denunciar

- ✓ Por escrito o verbalmente
- ✓ Con tanta información sobre los hechos como sea posible (denuncie lo que sabe, pero no investigue, déjele ese trabajo a los expertos)
- ✓ Anónimamente, si así lo prefiere

La Confidencialidad se mantendrá en la medida de lo posible

Protección Ante Represalias

Si cree que ha sufrido represalias por denunciar, puede presentar una queja o presentar una denuncia formal ante Recursos Humanos o su supervisor.

Para Más Información

Por favor, consulte la Política de Denunciantes de la Agencia (Política # OPER1), o comuníquese con Sandra Heath al 1-857-675-1767 o sheath@northsuffolk.org

**Línea de Denuncias y Privacidad:
617-488-5734**