

MANUAL DEL CLIENTE DE SERVICIOS PARA PACIENTE AMBULATORIO

CBHC & Conexions Day and Evening Treatment

5 Winnisimmet St.

Chelsea, MA 02150

617-912-7900

Freedom Trail Clinic

25 Staniford Street, 2nd Floor

Boston, MA 02114

617-912-7800

Las horas clínicas se asignan en cada sitio

Manual del cliente de servicios para paciente ambulatorio

Bienvenido a North Suffolk. Esperamos que, a través de nuestros programas, pueda encontrar la asistencia y el apoyo que busca.

Este folleto contiene información acerca de nuestros servicios, sobre sus derechos y proporciona copias de los documentos que le pedimos que firme al momento de su ingreso, para que pueda consultarlos más adelante. Es importante que lea cuidadosamente y a fondo los documentos antes de firmarlos.

Descripción general de los servicios

North Suffolk Community Services es una agencia comunitaria sin fines de lucro que brinda servicios en la zona Este de Boston, Boston, Chelsea, Revere, Winthrop, las comunidades de los alrededores y la costa norte. Contamos con varios programas para pacientes ambulatorios, equipos móviles, asistencia residencia, tratamiento diurno y programas de prevención para adultos, niños y familias. El Programa para Paciente Ambulatorio proporciona servicios de evaluación, tratamiento y derivación para niños, adolescentes, adultos y familias que lidian con problemas emocionales, de salud mental, alcohol y otros relacionados con abuso de drogas, así como problemas de violencia en la escuela o en el trabajo y muchos otros más. Nuestros servicios de tratamiento para paciente ambulatorio incluyen: asesoría individual, familiar o grupal; evaluación psiquiátrica (de medicamentos) y seguimiento; educación; y terapia escolar. El objetivo de estos servicios es brindar asistencia a las personas que atendemos para que puedan manejar problemas, lograr una recuperación y brindar apoyo mientras trabajan para lograr sus objetivos. Los prestadores de servicios ambulatorios también pueden derivarlo a usted o su hijo a cualquier otro servicio de North Suffolk que pueda ser apropiado. Nuestros prestadores cuentan con capacitación en una variedad de disciplinas y modelos de tratamiento.

Nuestra programa del día para tratamiento psiquiatra proporciona servicios de apoyo tres a cinco días por semana y sirve personas con necesidades de salud de comportamiento (salud mental y uso de sustancias) mas severos.

Idiomas y accesibilidad

Se ofrecen servicios en inglés y español y también en otros idiomas por traducir o personal bilingüe. Los programas de North Suffolk también están accesibles para personas con discapacidades, como aquellas que usan sillas de ruedas, y pueden ofrecer materiales en un formato alternativo cuando sea necesario.

Privacidad y confidencialidad

North Suffolk está muy comprometido con el resguardo de su privacidad y la protección de toda información de salud protegida (PHI, protected health information). El presente folleto contiene una copia del Aviso de privacidad, que explica de qué manera se utiliza su información de atención de salud. Además, en cada clínica está publicado un Aviso de derechos del paciente y también hay un coordinador de derechos humanos en nuestra oficina de Gestión de la Calidad.

Proceso de admisión

Cada cliente o familia que busque servicios ambulatorios participa en una evaluación de admisión individual con un especialista clínico con maestría. Este proporciona información que necesita el terapeuta para realizar un diagnóstico y desarrollar un plan de tratamiento apropiado. Su terapeuta le preguntará a usted y/o a su hijo sobre el problema que lo hizo ir. Este profesional también le hará preguntas sobre áreas de su vida que podrían incluir temas sociales, económicos, educacionales, abuso de sustancias y trabajo, familiares, legales y médicos. Un terapeuta (generalmente con quien se reúne usted para el ingreso) analizará con usted los resultados de la evaluación y desarrollará un plan de tratamiento basado en las necesidades y objetivos suyos (o de su hijo). Algunas personas comienzan con asesoría individual; otros pueden empezar con asesoría familiar o grupal, y puede que algunos otros tengan una combinación de servicios. Si en la evaluación se demuestra que nuestros servicios no pueden cumplir con sus necesidades, lo ayudaremos mediante una derivación a un lugar que pueda hacerlo.

Servicios de medicación y de prestadores de atención primaria

El trabajador de admisión solicitará un permiso por escrito para contactar a su prestador de atención de salud primaria, para que podamos estar informados sobre cualquier problema de salud importante. Al momento de solicitar registros, el trabajador de admisión entregará a su prestador médico una breve descripción sobre los problemas que lo llevaron a buscar servicios aquí.

Su prestador de North Suffolk puede recomendar una evaluación de medicamentos con uno de nuestros profesionales que emiten recetas. Si desea reunirse aquí con un profesional que emite recetas, es importante que se haya sometido a un examen físico durante el año pasado y que permita que nuestro profesional que emite recetas se comunique con su prestador de atención primaria.

Se pedirá a las personas que se realicen pruebas toxicológicas de orina antes de una derivación para servicios de medicamentos. Debido al posible riesgo de interacciones de medicamentos, tenemos que estar informados de todas las sustancias que están usando los pacientes para poder recetar medicamentos de forma segura.

Consulta y Tratamiento para Drogas y Alcohol

Como parte de las evaluaciones, los trabajadores de admisión hablarán con usted sobre el uso que hace de alcohol, tabaco y otras drogas, y pueden recomendar un tratamiento para cualquier posible riesgo o problema. North Suffolk tiene una variedad de servicios para aquellas personas con trastornos por uso de sustancias, desde programas ambulatorios a intensivos hasta servicios residenciales.

North Suffolk cuenta con un laboratorio independiente que ofrece pruebas toxicológicas de orina en el sitio varias veces por semana en nuestra clínica de East Boston. Los clientes que solicitan servicios de medicamentos tendrán que enviar pruebas toxicológicas de orina. Puede que también se pida a los clientes que envíen pruebas toxicológicas de orina como parte de su plan de tratamiento, a fin de satisfacer las exigencias de la corte, como apoyo a la sobriedad u otros motivos. Para que un cliente participe en pruebas toxicológicas de orina, tendrá que firmar una divulgación de información para que el laboratorio y North Suffolk puedan analizar los resultados como se indica. Es su responsabilidad para averiguar si su seguro medico cobre pruebas toxicológicas de orina. Su terapeuta puede entregarle detalles sobre esto y cualquier otro servicio de tratamiento para adicciones.

Tratamiento de Asistencia Medico (MAT)

Además de tratamiento de salud conductual, tres medicamentos existen por el tratamiento de uso de opioides. Uno de los tres, naltrexone (Vivitrol), ha sido efectivo en reduciendo los efectos de placer de alcohol con el cerebro. Tratamiento de salud conductual, como grupos o terapia individual, es recomendado por todos los pacientes de MAT, y es un requisito por los clientes que reciben MAT con NSCS.

- **Naltrexone (Vivitrol)**

Naltrexone bloquea los efectos de opioides en el cerebro, esto funciona para quitar la capacidad de drogarse. Naltrexone es buena opción por prevenir una recaída, pero puede ser que no quita las ganas de usar. Cuando empieza Naltrexone no deberías tener ningún opioide en su sistema. Si usted tiene opioides en la sistema, las síntomas de abstinencia serian mas intensivos.

Naltrexone viene en forma de pastilla, o liberación prolongada por inyección en las nalgas. La inyección es administrada por un proveedor medico una vez al mes.

Se ofrece las inyecciones de Naltrexone en NSCS para los clientes que participan en la programa de IOP/SOAP.

- **Buprenorfina (Suboxone)**

La buprenorfina reduce los deseos poderosos de los opioides, conocidos como antojos de drogas, y ayuda evitar las síntomas de abstinencia. Viene en forma de pastilla o en film, muchas versiones son combinadas con naloxone para prevenir mal uso. Precio y seguro medico ayuda en determinar cual forma debería ser elegido. Cuando hay mal uso (inyectando, inhalando, u otra manera), puede conllevar a síntomas de abstinencia inesperados.
Su terapeuta se asegura que usted tiene el dosis y forma correcta para sus necesidades médicos, y con tiempo so dosis será equilibrado. Debería esperar hasta que experimente abstinencia de opioides de nivel lenta a moderada antes de tomar la primera dosis de buprenorfina.

Se ofrece buprenorfina en NSCS para los clientes que participan el la programa de IOP/SOAP.

- **Metadona (Methadone)**

La metadona actúa como un opioide en el cerebro para reducir los deseos de usar la droga problemática. La persona que recibe metadona no se siente drogada y no siente las síntomas de abstinencia. La metadona también funciona para reducir las ganas de usar, y se puede empezar con seguridad cuando uno empieza a sentir síntomas de abstinencia. La Metadona viene como pastilla, en liquido, y como un "wafer". Se recibe una vez al día, con tiempo, el doses puede cambiar. Las personas que están estable en su recuperación les pueden ofrecer una cantidad de medicamentos para llevar a casa.

No se ofrece metadona en NSCS. Usted le puede pedir una referida para una clínica de metadona a su terapeuta.

****

Manejo de crisis

En ocasiones, un cliente tiene una crisis psiquiátrica relacionada con agentes causantes de estrés o empeoramiento de síntomas. Es importante contactar a su prestador en caso de que esto ocurra. Si tiene una crisis cuando la clínica está cerrada, diríjase al departamento de emergencias del hospital más cercano, llame al Equipo de Serviciios 911 o llame al Equipo de Servicios de Emergencia al 1-888-309-1989, y contacte a su prestador cuando la oficina vuelva a abrir.

Finalización del tratamiento

El tratamiento en NSCS está completo cuando un cliente, generalmente en una reunión con el profesional clínico, está de acuerdo con que ha logrado los objetivos de su plan de tratamiento. Aunque es poco frecuente, puede que se produzca un alta involuntaria cuando un cliente falta en repetidas ocasiones a las citas, en especial si no llama para cancelar o reprogramar.

Está estrictamente prohibido ejercer actividades de violencia, abuso o amenazas hacia un profesional clínico, personal del programa u otro cliente o visita, y esto también puede ser causal de alta. (Consulte nuestra Declaración de "Tolerancia cero a la violencia").

ACUERDO DE TOLERANCIA CERO A LA VIOLENCIA

Bienvenido a la Asociación de Salud Mental North Suffolk. Esperamos que pueda encontrar aquí la asistencia y el apoyo que busca. En nuestros esfuerzos para crear una cultura de respeto y hacer que este sea un lugar de trabajo seguro y acogedor, hemos desarrollado un Acuerdo de tolerancia cero a la violencia que pedimos a las personas que cumplan con revisar y firmar.

Cuando lo firma, acepta someterse a estas directrices. Esperamos que se una a nosotros para garantizar la seguridad de todos.

COMPRENDO QUE LAS CLÍNICAS DE NORTH SUFFOLK DEBEN SER SEGURAS Y ESTAR LIBRES DE VIOLENCIA TODO EL TIEMPO.

COMPRENDO QUE LA COMUNICACIÓN DEBE SER RESPETUOSA. ENTIENDO QUE ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDO LEVANTAR LA VOZ A UN MIEMBRO DEL PERSONAL U OTRA PERSONA QUE SE ATIENDE, EL ABUSO VERBAL O CUALQUIER AMENAZA DE VIOLENCIA CONTRA PERSONAL U OTRAS PERSONAS QUE SE ATIENDEN AQUÍ, Y QUE ESTO PUEDE SER CAUSAL DE ALTA DE LOS SERVICIOS.

COMPRENDO QUE CUALQUIER VIOLENCIA FÍSICA ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDA Y ES CAUSAL DE ALTA DE LOS SERVICIOS. (ESTO INCLUYE GOLPEAR A LAS PESONAS O LA PROPIEDAD O CUALQUIER ACCIÓN QUE EL EQUIPO DE TRATAMIENTO CREA QUE ES AMENAZANTE.)

ENTIENDO QUE NO ESTÁN PERMITIDAS LAS ARMAS DE NINGÚN TIPO EN PROPIEDAD DE NORTH SUFFOLK, Y QUE SI SE VIOLA ESTA DIRECTRIZ, ELLO PUEDE SER MOTIVO DE ALTA DE LOS SERVICIOS DE NORTH SUFFOLK.

ENTIENDO QUE CUALQUIER CONFLICTO QUE TENGA CON OTRAS PERSONAS EN LA COMUNIDAD GENERAL DEBE QUEDAR FUERA DE LA CLÍNICA.

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

En North Suffolk Mental Health, nos dedicamos a mantener la privacidad y confidencialidad de todos nuestros clientes. Todas las comunicaciones entre un cliente y nuestro personal son confidenciales, con algunas excepciones.

De acuerdo con la ley de Massachusetts, es posible que se nos exija que divulguemos información bajo las siguientes circunstancias:

Si usted representa un peligro claro y presente para usted mismo u otros y se rehúsa a aceptar un tratamiento apropiado, incluida una hospitalización, puede que tengamos que divulgar información para proteger su seguridad.

Si usted nos comunica una amenaza clara y real de matar o dañar físicamente a una persona específica, puede que tengamos que divulgar información para protegerlo a usted o a esa persona.

Si tiene un historial de violencia física, y creemos razonablemente que existe un peligro claro y presente de que intentará matar o provocar una lesión física seria a una persona específica, puede que tengamos que divulgar información para protegerlo a usted o a esa persona.

Si creemos que un niño menor de 18 años, o un anciano (mayor de 60 años) o una persona discapacitada entre 18 y 60 años está sufriendo una lesión física o emocional a causa de abuso o negligencia, debemos informar esto a la agencia estatal pertinente.

Si se nos ordena, mediante un proceso judicial o a través de un proceso de una agencia estatal, que divulguemos información confidencial, es posible que tengamos que divulgar dicha información.

Puede proporcionarse información a su compañía de seguro médico, como Medicaid o Blue Cross, o al Departamento de Salud Mental, para fines de facturación, beneficios y otros propósitos relacionados.

Si va a recibir servicios de más de un programa de North Suffolk, entonces, el personal de cada programa puede divulgar información para coordinar mejor su atención.

Si usted y su hijo están recibiendo servicios de más de un programa de North Suffolk, el personal del tratamiento puede divulgar información de forma mutua para coordinar de mejor manera la atención de la familia.

Podemos divulgar información de manera periódica a sus otros prestadores de atención de salud para coordinar mejor su atención.

Para monitorear la calidad de los servicios que le brindamos, puede que sus registros los revisen personas autorizadas de agencias estatales, agencias de licencias o terceros pagadores.

CONTRATO DE CESIÓN DE BENEFICIOS Y CARGOS

PARA SERVICIOS PARA PACIENTE AMBULATORIO

Deben presentarse tarjetas de seguros y pagarse en su totalidad los cargos cada vez que tenga una cita. COMPRENDO QUE CUALQUIER DEDUCIBLE DE SEGURO, COPAGO O CARGOS NO REEMBOLSADOS SON MI RESPONSABILIDAD Y ACEPTO HACER EL PAGO ANTES DE CADA VISITA.

- Entiendo que North Suffolk Community Services facturará a mi aseguradora (Medicare, Medicaid, MBHP, Network Health, BMC Healthnet, Value Options, Magellan, Tufts, Blue Cross & Blue Shield) o a cualquier otra compañía privada, comercial o de planes de seguro médico que tenga o no contrato con NSCS.
- Autorizo que el pago de servicios prestados por North Suffolk Community Services se haga directamente a North Suffolk Community Services. Entiendo que tengo el derecho de saber cuáles son los cargos por cualquier servicio.
- Autorizo la divulgación a mi aseguradora de datos médicos relacionados con una reclamación de North Suffolk Community Services para cuestiones de pago de reclamaciones.
- Informaré al administrador de la oficina de North Suffolk Community Services sobre cualquier cambio en mi estado de seguro.
- Entiendo que siempre que sea elegible para Medicaid, no se me cobrarán los gastos que debo pagar de mi bolsillo.
- Los clientes de nuestro programa de adicciones que estén sin fondos o seguro médico pueden solicitar atención subsidiada a través del contrato del programa con el Departamento de Salud Pública de Massachusetts. También se pueden evaluar otros clientes para nuestra escala de costo escalonado con comprobante de ingresos.

Es su responsabilidad para averiguar si su seguro médico cubra el cuesto de pruebas de orina (si es aplicable para su tratamiento) hecho con un laboratorio independiente. Es su responsabilidad comunicar su información de seguro médico con el laboratorio independiente y eres responsable por pagar por servicios que utilizas y su seguro no cubre.

ACUERDO PARA TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Doy mi consentimiento (o entrego consentimiento para mi hijo) para recibir tratamiento de North Suffolk Community Services, el que puede incluir servicios de salud mental, abuso de sustancias, medicamentos, asesoría o de otros tipos. Entiendo que estos servicios tienen como propósito ayudarme con problemas de la vida y sentimientos difíciles o síntomas de salud mental. Entiendo que puedo hablar y trabajar con mi terapeuta sobre mis pensamientos, sensaciones y comportamientos para que me ayude a alcanzar mis objetivos, y que mis esfuerzos entre las sesiones y en ellas son importantes para mi avance. Entiendo que es posible que tenga sentimientos complicados en la terapia o entre las sesiones y que, en caso de necesitar ayuda para permanecer seguro, es mi responsabilidad hablar con mi profesional clínico sobre esto. Comprendo que no hay garantía de que mejore, pero para aquellos que la terminan, a menudo, la terapia conduce a mejores relaciones, alivio de conflictos emocionales y soluciones saludables a problemas.

ASISTENCIA:

Acepto asistir a todas las citas programadas y cancelarlas o reprogramarlas solo si fuera absolutamente necesario. Si necesito cancelar o reprogramar, **entiendo que debo cancelar con al menos 24 horas de anticipación antes de la hora de la cita** de manera que mi terapeuta pueda intentar llenar esa hora con alguien que espere una cita.

"INASISTENCIAS"- FALTAR A UNA CITA SIN LLAMAR O CANCELAR CON UN AVISO DE MENOS DE 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN:

Comprendo que las inasistencias son muy perjudiciales para mi tratamiento, gastan el tiempo que podría usar otra persona que lo necesite y son una carga financiera para la agencia. Si falto a una cita sin llamar debido a circunstancias inevitables, llamaré para reprogramar tan pronto como sea posible. Comprendo que si hago esto, debo hablar con mi prestador o un profesional clínico de trabajo para hacer un nuevo plan para mi tratamiento.

ENTIENDO QUE SI FALTO A MÁS DE TRES CITAS DIN DAR UN AVISO CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN EN UN PERÍODO DE SEIS MESES, NO SE ME OFRECERÁ LA POSIBILIDAD DE REPROGRAMAR NUEVAS VISITAS, Y QUE MI CASO LO REVISARÁ EL EQUIPO DE REVISIÓN PARA UN POSIBLE CIERRE.

Resumen de prácticas de privacidad

En este aviso se describe brevemente cómo se podrá usar y compartir su información médica y de qué manera usted puede obtener acceso a dicha información. Este es un resumen; podrá encontrar una versión más completa y detallada de este en nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" oficial, el que se encuentra disponible en todos los sitios de NSCS **y también en el sitio web de la agencia.**

Si tiene preguntas sobre la privacidad de su información en NSCS, comuníquese con el funcionario a cargo de la privacidad:

301 Broadway
Chelsea, MA 02150
617-912-7998

"**Información de salud protegida (PHI)** "**(Protected Health Information)** es el término técnico para la información de atención de salud suya que recopilamos y mantenemos como parte de su registro como cliente de NSCS. Puede incluir información que puede identificarlo y se relaciona con su salud, diagnósticos, tratamiento o pago de tratamiento pasados, presentes o futuros.

Cómo usaremos y divulgaremos su información de salud:

Usos y divulgaciones para los cuales no se requiere autorización

Legalmente, podemos usar y compartir su información sin su autorización a fin de proporcionar sus servicios, acceder a pago por sus servicios, mantener nuestra organización, llevar a cabo recaudación de fondos e informarle sobre ciertos beneficios y servicios relacionados con la salud.

Usos y divulgaciones permitidos o que exige la ley

Podemos usar y compartir su información de salid para los siguientes fines, la mayoría de los cuales están relacionados con la salud y seguridad públicas:

- Emergencias
- Investigación (algunos límites)
- Conforme lo exija la ley
- Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad
- Para apoyar la donación de tejidos/órganos
- Sistemas de salud pública
- Autoridad de compensación laboral
- Supervisión de salud

- Conforme se exija en procesos legales
- Para apoyar actividades de cumplimiento de la ley
- Examinadores médicos y directores funerarios
- Autoridades militares y de veteranos
- Iniciativas de seguridad nacional
- Instalaciones correccionales (si está encarcelado)

También podemos compartir información con sus amigos o familiares en caso de una situación médica seria si es para su mejor interés y usted no nos ha indicado su preferencia o no puede decirla.

En caso de su muerte, su información de salud puede divulgarse en ciertas circunstancias (consulte el aviso completo para ver detalles)

Usos y divulgaciones de su información de salud con su permiso

- Si fuéramos a usar su información de salud para marketing ...
- Si fuéramos a vender su información de salud...
- Si fuéramos a compartir sus notas de psicoterapia con alguien...

Necesitaríamos su autorización firmada.

Cualquier otro uso o divulgación no descrito en este Aviso de prácticas de privacidad solo se hará con su autorización firmada.

Confidencialidad de registros de abuso de sustancias

La información de salud para cualquier persona con un trastorno de uso de sustancias o diagnóstico de adicciones se encuentra protegida por reglamentos federales adicionales (42 CFR, parte 2). No compartiremos información sobre tratamiento para estos diagnósticos sin su permiso, excepto en ciertas circunstancias especiales.

Confidencialidad de información sobre VIH/sida y genética

Se nos prohíbe usar o divulgar sin su permiso cualquier información de PHI relacionada con información o exámenes sobre VIH/sida o genética.

Sus derechos con respecto a su información de salud

Con respecto a su información de salud, tiene los siguientes derechos:

- Derecho a revocar o modificar autorizaciones
- Derecho a acceder y revisar PHI
- Derecho a recibir (por una tarifa nominal) una copia de su PHI en un formato electrónico o impreso en 30 días
- Derecho a recibir una lista de aquellos que han recibido su PHI en un período retroactivo de seis años
- Derecho a restringir que un prestador (NSCS) comparta información con su aseguradora si usted paga los costos de su bolsillo y en su totalidad por el servicio
- Derecho a que ofrezcamos el mismo respeto que le ofreceríamos a usted a cualquier tutor u otra persona que actúe a su nombre
- Derecho a que su PHI se envíe a un tercero en 30 días
- Derecho a comunicaciones confidenciales en un formato que se adecúe a su preferencia (correo electrónico, fax, teléfono, etc.)
- Derecho a solicitar una modificación a su PHI si siente que hay errores o que falta información
- Derecho a que lo notifiquen en caso de que haya una "violación "(divulgación no intencional) o que su PHI no esté protegida
- Derecho a recibir una copia en papel del "Aviso de prácticas de privacidad " completas que está disponible en todos los sitios de NSCS

Reclamos sobre privacidad

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante nosotros. Para presentar un reclamo, comuníquese con nuestro funcionario a cargo de la privacidad:

301 Broadway
Chelsea MA 02150
617-912-7998

No tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo.

También puede presentar un reclamo ante el Gobierno Federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Puede presentar un reclamo (y buscar los formularios que puede imprimir y enviar por correo) en la siguiente dirección web:

http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. Igualmente, puede contactarlos al número de teléfono y la dirección que aparece 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

Procedimiento de resolución de problemas (quejas y derechos humanos)

Los profesionales clínicos y el personal de nuestros programas hacen su mejor esfuerzo para ver que cada cliente reciba la mejor atención posible. Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus servicios, lo animamos a hablar con su consejero para definir sus inquietudes y ver cómo se pueden abordar y resolver.

Si, después de hablar con su consejero, cree que lo han tratado o dado de alta de forma injusta, puede buscar una resolución. Para ello debe hablar con el administrador clínico o el director del programa. Para contactar a los administradores clínicos o a los directores del equipo de pacientes ambulatorios adultos, el equipo de pacientes ambulatorios niños o el equipo de pacientes ambulatorios de adicciones, llame a cualquiera de los profesionales clínicos o a Servicios Centrales al 617-889-4860.

El administrador clínico lo contactará en un plazo de una semana para determinar cómo resolver de forma justa el problema presentado. Si la queja no se resuelve en este nivel, puede contactar al director de operaciones o bien, puede contactar a nuestro coordinador de derechos humanos de la Asociación de Salud Mental North Suffolk NSCS (North Suffolk Community Services) en el Departamento de Gestión de la Calidad llamando al 617-912-7941. La dirección es 301 Broadway, Chelsea, MA 02150.

Como cliente de una clínica de salud pública con licencia, también tiene derecho a contactar a la Unidad de Licencias del MA Public Health Bureau of Substance Abuse Service, 250 Washington Street, Boston, MA 02111; (617) 624-5155.

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

HARM REDUCTION GUIDE TO OVERDOSE PREVENTION



WHAT IS HARM REDUCTION?

The goal of harm reduction is to minimize negative health, social and legal impacts associated with drug use.

KNOW THE FACTS

- Any pill or powder can be cut or pressed with fentanyl.
- Use the buddy system: Never use alone.
- Tolerance Changes: If you haven't used in a few days, weeks or years, your body ***can't handle*** the same amount as before.
- Start Low & Go Slow: Heroin laced with fentanyl hits hard and fast. So, start low and go slow.

RECOGNIZE THE RISK

- If you've overdosed once, you are 9 TIMES more likely to overdose again.
- TRY NOT TO MIX DRUGS : Especially ones with the same effect like benzos, clonodine, gabapentin, heroin and alcohol.
  - *If you do mix, use the slow acting one first!*
- EVEN IN SMALL AMOUNTS fentanyl can cause an overdose.
- IF you have not used an opiate in the last 4 days, you are still at RISK OF AN OVERDOSE.



STRATEGIES TO PRACTICE HARM REDUCTION

- Always carry Narcan with you.
- Know your drug dealer.
- Take a tester shot before you use.
- Use a different vein every time you inject.
- Always use new or sanitized equipment.
- Dispose of used needles in a sharps container.
- Consider Medically Assisted Treatment: Methadone, Suboxone, naltrexone/Vivitrol



BE PART OF THE RESPONSE

❑ **CALL 911**

❑ **ADMINISTER NARCAN**

Ask your friends and family to carry Narcan and know how to use it

❑ **PERFORM RESCUE BREATHS**

Rescue breathing, not chest compressions, saves lives!

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

Junio de 2021

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL SEXO SEGURO Y EL VIH

Ahora existen muchas herramientas para ayudar a prevenir el VIH. Aquí le presentamos formas para reducir sus probabilidades de contraer o transmitir el VIH a través de las relaciones sexuales.

COMPRENDA LOS RIESGOS

Algunos tipos de relaciones sexuales son más riesgosas que otras con respecto al contagio y la transmisión del virus.

- El sexo anal es cuando se inserta el pene dentro del ano, y es el tipo más riesgoso de relación sexual en lo que respecta a la infección y la transmisión del VIH. Tener relaciones sexuales receptivas (o tener el pene de su pareja adentro suyo) es mucho más riesgoso que tener relaciones sexuales insertivas (o insertar su pene adentro de su pareja).
- El sexo vaginal es cuando se inserta el pene adentro de la vagina. Cualquiera de los integrantes de la pareja puede contraer el VIH en las relaciones sexuales vaginales, aunque no es tan riesgoso como el sexo anal.
- El sexo oral es cuando se toca el pene, la vagina o el recto con la boca. Hay entre poco y nada de riesgo de contraer o transmitir el VIH a través del sexo oral.
- No se puede contraer o transmitir el VIH a través de la actividad sexual que no involucre el contacto con fluidos corporales (por ejemplo, tocarse).

La única manera de que usted sepa si tiene el VIH es con la prueba de detección. Saber si tiene el VIH es información importante que puede ayudarlo a tomar buenas decisiones para evitar contraer o transmitir el virus.

REDUZCA SU RIESGO

Existen varias maneras en que puede reducir el riesgo de contraer o transmitir el VIH.

- Si tiene el VIH, tome los medicamentos de la terapia antirretroviral (TARV) para el VIH según las indicaciones. Tomarlos según las indicaciones puede hacer que su carga viral (la cantidad de virus en la sangre) llegue a niveles indetectables. Si su carga viral se mantiene indetectable, usted puede mantenerse sano y no tendrá efectivamente ningún riesgo de transmitirle el VIH tu pareja sexual.



- Si está en riesgo de contraer el VIH, tome los medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) para prevenir el VIH. Cuando se toman según las indicaciones, los medicamentos de la PrEP son altamente eficaces para prevenir la infección por el VIH a través del sexo.
- Tome los medicamentos antirretrovirales, llamados profilaxis posexposición (PEP), si cree que ha estado expuesto al VIH en las últimas 72 horas y no toma los medicamentos de la PrEP.



- Hágase las pruebas de detección de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y reciba el tratamiento necesario. Tener otras enfermedades de transmisión sexual aumenta el riesgo de contraer o transmitir el VIH.



- Elija actividades sexuales menos riesgosas, como el sexo oral.
- Use condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales.
- La abstinencia (no tener relaciones sexuales) siempre es una opción.

Cuantas más de estas medidas tome, más seguro podrá estar.

Para obtener más información, visite la página **www.cdc.gov/hiv/spanish.**

MLS-280326_r

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

Junio de 2021

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL VIH

Sin tratamiento, el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) puede hacer que una persona esté muy enferma, e incluso causarle la muerte. Aprender lo básico sobre el VIH puede mantenerlo saludable y prevenir la transmisión de este virus.

EL VIH PUEDE SER TRANSMITIDO



Mediante el contacto sexual



Al compartir las agujas para inyectarse drogas



De madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna

EL VIH NO SE TRANSMITE



A través del aire o del agua



Mediante la saliva, el sudor, las lágrimas o los besos con la boca cerrada



Por los insectos o por las mascotas



Al compartir el inodoro, los alimentos o las bebidas

PROTÉJASE DEL VIH

- Hágase la prueba al menos una vez o más veces si está en riesgo.
- Use condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales anales o vaginales.



- Elija actividades que impliquen poco o nada de riesgo, como las relaciones sexuales orales.
- No se inyecte drogas, pero si lo hace, no comparta las agujas, jeringas, u otro equipo de inyección de drogas.
- Si está en riesgo de contraer el VIH, pregúntele a su proveedor de atención médica si la profilaxis preexposición (PrEP) es lo adecuado para usted.



- Si cree que se ha expuesto al VIH dentro de los últimos 3 días, pregúntele de inmediato a un proveedor de atención médica acerca de la profilaxis posexposición (PEP). La PEP puede prevenir el VIH, pero debe comenzarse dentro de las 72 horas de la posible exposición.
- Hágase las pruebas de detección de otras ETS y reciba el tratamiento necesario.

SI TIENE EL VIH, MANTÉNGASE SALUDABLE Y PROTEJA A LOS DEMÁS

- Busque atención médica para el VIH. Esto lo puede mantener saludable y reducir enormemente las probabilidades de que transmita el VIH.
- Tome sus medicamentos de la manera correcta todos los días.



- No deje de recibir la atención médica para el VIH.
- Dígales a sus parejas sexuales o personas con quienes se inyecta drogas que usted tiene el VIH. Use condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales y hable con sus parejas sobre la PrEP.
- Hágase las pruebas de detección de otras ETS y reciba el tratamiento necesario.

Para obtener más información, visite la página **www.cdc.gov/hiv/spanish.**

MLS-280326_r

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

The Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Department of Public Health
250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

CHARLES D. BAKER
Governor
KARYN E. POLITO
Lieutenant Governor

MARYLOU SUDDERS
Secretary
MONICA BHAREL, MD, MPH
Commissioner

Tel: 617-624-6000
www.mass.gov/dph

CONOZCA SUS DERECHOS

Ud. tiene muchos derechos con respeto a su cuidado bajo la ley 105 CMR164.079. También hay "reglas" que expliquen cómo se debe proveer tratamiento. Ud. puede contactar el Comité de Servicios de Adición a Sustancias del Departamento de Salud Pública para reportar violaciones potenciales de estos derechos o estas reglas.

• Sí, al completar una evaluación, su proveedor determina que servicios ambulatorios no son apropiados para su tratamiento, el proveedor está en la obligación de referirle a un nivel de servicios más apropiado y de apoyarle durante el proceso.

• No se le puede negar servicios solo por los resultados de una prueba de drogas.

• No se le puede negar servicios por el solo hecho del uso de drogas, alcohol u otras sustancias, o por cualquier medicamento recetado por su médico. Esto incluye tales medicamentos como metadona, buprenorfina, naltrexona, y otros medicamentos recetados para trastornos de uso de substancias, de salud mental, u otras condiciones médicos.

• No se le puede negar servicios por el solo hecho de:

1) Haber dejado un programa de North Suffolk previamente en contra de la opinión de un médico
2) Haber tenido una recaída estando en cualquier programa dentro de North Suffolk
3) Poner una querella contra North Suffolk o BSAS con respeto a cualquier aspecto de su tratamiento

SI UD. CREE QUE SUS DERECHOS O LAS REGLAS PREVIAS CONCERNIENTE AL TRATAMIENTO HAN SIDO VIOLADOS, POR FAVOR LLAME A **LA LINEA CONFIDENCIAL DE RECLAMACIONES DE BSAS** AL

(617) 624-5171

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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
617-912-7736

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

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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 comunique 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.

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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,

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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,

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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.

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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.

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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.

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

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 617-912-7736

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.

Docusign Envelope ID: 95F7939C-1542-4598-BE49-A89051023952

NSCS
North Suffolk
Community Services

AVISO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Este centro de salud se adhiere al proyecto de ley de derechos del paciente de conformidad con MGL Capítulo 111: Sección 70E. **Derechos de pacientes y residentes**. (Efectivo el 30 de junio de 2009)

Como cliente de este North Suffolk Community Service usted tiene derecho a::

(a) previa solicitud, obtener del centro a cargo de su atención el nombre y la especialidad, si la hubiere, del médico u otra persona responsable de su atención o de la coordinación de su atención;
(b) a la confidencialidad de todos los registros y comunicaciones en la medida prevista por la ley;
(c) que todas las solicitudes razonables sean respondidas de manera rápida y adecuada dentro de la capacidad de la instalación;
(d) obtener de una persona designada por el centro una copia de las normas o reglamentos del centro que se aplican a su conducta como paciente o residente;
(e) previa solicitud, recibir de una persona designada por la instalación cualquier información que la instalación tenga disponible en relación con la asistencia financiera y la atención médica gratuita;
(f) previa solicitud, para inspeccionar sus registros médicos y recibir una copia de los mismos de conformidad con la sección setenta,
(g) negarse a ser examinado, observado o tratado por los estudiantes o cualquier otro personal de la institución sin poner en peligro el acceso a atención y cuidado psiquiátrico, psicológico o médico;
(h) negarse a servir como sujeto de investigación y rechazar cualquier atención o examen cuando el propósito principal sea educativo o informativo en lugar de terapéutico;
(i) a la privacidad durante el tratamiento médico u otra prestación de atención dentro de la capacidad del centro;
(j) al consentimiento informado en la medida prevista por la ley;
(k) previa solicitud, para recibir una copia de una factura detallada u otro estado de cuenta presentado a un tercero por el centro para el cuidado del paciente o residente y para que se envíe una copia de dicha factura detallada o estado de cuenta al médico tratante de el paciente o residente;
(l) si se le niega el tratamiento debido a la situación económica o la falta de una fuente de pago, transferirlo de manera rápida y segura a un centro que acepte recibir y tratar a dicho paciente. Dicho centro que se niegue a tratar a dicho paciente será responsable de: asegurarse de que el paciente pueda ser trasladado de manera segura; ponerse en contacto con un centro dispuesto a tratar a dicho paciente; organizar el transporte; acompañar al paciente con el personal profesional necesario y apropiado para ayudar en la seguridad y comodidad del traslado, asegurar que el centro receptor asuma la atención necesaria con prontitud y proporcionar la información médica pertinente sobre la condición del paciente; y mantener registros de lo anterior; y
(m) previa solicitud, para obtener una explicación sobre la relación, si la hubiere, del médico con cualquier otro centro de atención médica o institución educativa en la medida en que dicha relación se relacione con su atención o tratamiento, y dicha explicación incluirá la propiedad o propiedad de dicho médico interés financiero, si lo hubiere, en el centro u otros centros de atención médica en la medida en que dicha propiedad se relacione con la atención o el tratamiento de dicho paciente o residente;

Si siente que alguno de sus derechos ha sido violado, o si no está satisfecho con los servicios que ha recibido aquí, el personal le pide que primero hable con su médico y trate de resolver el problema. Si la resolución no es posible, puede registrar su inquietud con el Oficial de privacidad de North Suffolk:

Director of Continuous Quality Management
265 Beach St Revere MA 02151
(617) 912-7736

The Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Department of Public Health
250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

MAURA T. HEALEY
Gobernadora

KIMBERLEY DRISCOLL
Vicegobernadora

KATHLEEN E. WALSH
Secretaria

ROBERT GOLDSTEIN, MD, PhD
Comisionada

Tel: 617-624-6000
www.mass.gov/dph

Derechos de los pacientes y los residentes

Los proveedores de la Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias (BSAS por sus siglas en inglés) garantizarán al paciente o residente, como mínimo, los siguiente derechos:

Seguridad personal:
- no sufrir **malos tratos físicos ni psicológicos;**
- no ser sometido **a cacheos corporales ni a registros de cavidades corporales;**
- **control sobre** la apariencia corporal; sin embargo, en las instalaciones del programa, el
- programa puede prohibir la vestimenta y la decoración personal que interfieran con el tratamiento;

Registros:
- **acceso al** historial del paciente o residente en presencia del administrador o
- persona designada, salvo que se determine que el acceso a partes del historial podría causar daño al paciente o residente;
- el derecho a **impugnar la información** contenida en el historial del paciente o residente mediante la inserción de una
- declaración de aclaración o carta de corrección firmada tanto por el profesional clínico como por el paciente o residente;
- derecho a **obtener una copia** del historial del paciente o residente
- derecho a que se garantice la **confidencialidad** del historial del paciente o residente.

Tratamiento y consentimiento:
- el **derecho a poner fin al tratamiento** en cualquier momento, excepto en el caso de una persona sometida a tratamiento en virtud de M.G.L. c. 123, § 35;
- ausencia de **coacción;**
- tratamiento **no discriminatorio**;
- tratamiento **sensible a las necesidades individuales y que promueva la dignidad y el respeto por uno mismo**

Tarifas:
- **información completa sobre los honorarios que se cobran** y, en los programas de rehabilitación residencial, sobre los beneficios que deben aportarse por paciente o residente;

Queja:
- el **derecho a presentar una queja por acciones** o decisiones del Proveedor Autorizado o Aprobado en relación con el tratamiento del paciente o residente;
- el **derecho a ponerse en contacto** con el Departamento, incluida la Línea de Quejas de la BSAS 617-624-5171

Creencias personales y espiritualidad:
- libertad de practicar la **fe religiosa**;
- derecho a **solicitar la derivación** a un centro que ofrezca tratamiento de una forma con respecto a la que el paciente o residente no tenga objeción religiosa;

Detección de sustancias:
- **análisis** de drogas realizados **de forma que se preserve la dignidad del paciente o residente** y, cuando el análisis de drogas se realice mediante una muestra de orina, adaptarse a cualquier incapacidad médicamente confirmada para suministrar orina proporcionando un medio alternativo eficaz de análisis, como un frotis bucal.

Antidiscriminación
- Usted tiene derecho a los servicios independientemente de su lengua materna, origen cultural, raza o etnia.
- El programa debe ofrecer servicios de interpretación gratuitos.

Defensa legal:
- Usted tiene derecho a acceder a representación legal y a comunicarse con su abogado mientras esté en tratamiento

Reglamento BSAS en línea: