



Eliot Community Human Services: Lynn  
Outpatient Registration Form

**Información Demográfica**

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (para niños): Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  Otra: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Póliza de Seguro # \_\_\_\_\_

Fuente de referencia: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Qué te lleva a la atención de urgencia hoy?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Qué otros servicios te interesan?:**  Servicios de compañeros  Servicios de recuperación

Terapia Individual  Servicios de apoyo a la familia  Terapia de grupo

Psiquiatría/Gestión de medicamentos

**Autorización y Liberación**

- Autorizo/solicito a mi compañía de seguros que pague directamente los beneficios del seguro de Eliot Community Human Services que de otro modo serian pagaderos por mi.
- Autorizo la divulgación de la información necesaria a terceros pagadores y compañías de seguros.
- Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o por mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

# AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Eliot Community Human Services Inc.

NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Al firmar esta Autorización para el uso o divulgación de información, autorizo a Eliot Community Human Services, Inc. a recibir y divulgar información de la persona u organización mencionada a continuación, ya sea verbalmente o por escrito:

## Organización / Individuo:

Dirección: \_\_\_\_\_ (Número de fax) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

Para solicitudes relacionadas con registros de consumo de alcohol o drogas, ¿el destinatario es un proveedor sanitario o un tercero pagador?  Sí  No

Programa Eliot: \_\_\_\_\_ A la atención de: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ (Número de fax) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN A UTILIZAR / DIVULGAR

<input type="checkbox"/> La historia clínica / médica completa (toda la información)	<input type="checkbox"/> Toda la información en mi historia clínica / médica relacionada con los servicios que me brinda el siguiente proveedor / personal:
<input type="checkbox"/> Solo servicios desde ____ hasta ____	
<input type="checkbox"/> Toda la información en mi historia clínica / médica relacionada con los servicios que se me brindan en los siguientes programa (s): _____	<input type="checkbox"/> Otro (describa lo más específicamente posible): _____

## INFORMACIÓN QUE REQUIERE AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA

Indique las **categorías específicas de información** que acepta divulgar marcando los cuadros a continuación y poniendo sus iniciales:

<input type="checkbox"/> ____ VIH/SIDA (especificar fechas _____)	<input type="checkbox"/> ____ Agresión sexual
<input type="checkbox"/> ____ Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> ____ Tratamiento / asesoramiento sobre violencia doméstica
<input type="checkbox"/> ____ Servicios de planificación familiar	<input type="checkbox"/> ____ Notas de psicoterapia
<input type="checkbox"/> ____ uso de alcohol o drogas (protegido por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2 (LAS REGLAS FEDERALES PROHIBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN ADICIONAL DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE LA DIVULGACIÓN ADICIONAL SE PERMITA EXPRESAMENTE O CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE O COMO PERMITIDO DE OTRA MANERA SEGÚN CFR 42 PARTE2)	
<input type="checkbox"/> ____ Otro (s): _____ (por favor especifique)	

## PROPÓSITO (S) DE USO / DIVULGACIÓN

<input type="checkbox"/> Continuar con el cuidado/tratamiento	<input type="checkbox"/> Mis registros personales	<input type="checkbox"/> Coordinación de la atención
<input type="checkbox"/> Asunto legal		<input type="checkbox"/> Seguro (como seguro de salud, vida o discapacidad)
Deseo que se divulgue la información en los siguientes formatos: Verbal ____ Escrito por Correo ____ Fax ____ de manera electrónica _____		

## AUTORIZACIÓN

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y acepto que:

1. Con mi firma, la información de salud protegida ("PHI") especificada anteriormente será puesta a disposición del destinatario designado anteriormente.
2. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada por parte del destinatario y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
3. Me puedo negar a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afecte mi capacidad para obtener tratamiento de Eliot, excepto cuando: (i) mi negativa puede limitar la capacidad de Eliot para proporcionarme una atención segura y eficaz; (ii) esté recibiendo un tratamiento relacionado con un ensayo, o (iii) Esté recibiendo atención médica con el único fin de generar información para revelarla a un tercero. Si se aplica alguna de estas excepciones, mi negativa a firmar una autorización puede resultar en la no obtención de tratamiento por parte de Eliot.

4. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, teniendo en cuenta que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por Eliot antes de la recepción de mi aviso de revocación por escrito. Puedo revocar esta autorización escribiendo a Eliot Community Human Services, Inc., Attn: Compliance Officer, 125 Hartwell Ave, Lexington MA 02420.

*Esta autorización caducará de manera automática con la terminación de los servicios de Eliot, a menos que se indica aquí de otra manera:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente o Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**La relación se firma por el Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Revisado el 18/12/2020

# **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA COMO SUS DATOS MÉDICOS PODRÍAN SER UTILIZADOS Y DIVULGADOS Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTOS DATOS. POR FAVOR LEA ESTA NOTIFICACIÓN DETENIDAMENTE.**

Si tiene preguntas sobre esta Notificación de Prácticas de Privacidad ("Notificación"), por favor coméntelos con un empleado de Eliot Community Human Services, Inc. ("Eliot" o "Nosotros") que participa en su cuidado. También puede hablar con el Encargado de Privacidad de Eliot, el Director del Programa, o el Director de Derechos Humanos, o cualquier de sus supervisores.

## **I. INTRODUCCIÓN:**

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad ("Notificación") explica como Eliot puede usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos, u operaciones de asistencia sanitaria y para otros propósitos permitidos o exigidos por ley. Esta Notificación tiene validez para las prácticas de privacidad de todos los programas de Eliot. La Notificación también explica las responsabilidades que tenemos para proteger su privacidad además de sus derechos sobre la información protegida que guardamos sobre usted. Todo cliente de la organización que recibe servicios en cualquiera de nuestras localidades recibe una copia de esta Notificación. Una copia de la Notificación más actualizada también se encuentra en cada una de nuestras oficinas y en nuestra página web: [www.eliotchs.org](http://www.eliotchs.org).

### **Información de Salud Protegida (en inglés: Protected Health Information o PHI)**

Información de Salud Protegida ("PHI") es cualquier información sobre su asistencia médica en el pasado, presente, o futuro, o sobre el pago de dicha asistencia.

### **Nuestras Responsabilidades**

La ley nos exige salvaguardar la confidencialidad de su Información de Salud Protegida ("PHI") y de proporcionarle esta Notificación de nuestros deberes legales y prácticas. No utilizaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización, a excepción de como se detalla en esta Notificación. En cualquier momento usted puede solicitar una copia de esta Notificación.

## **II. COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIFUNDIR SU PHI**

Podemos utilizar y difundir su PHI por distintas razones. Para algunos de estos usos y divulgaciones necesitamos de su autorización por escrito. A continuación definimos cada categoría de usos y divulgaciones con ejemplos incluidos. Con la excepción de la divulgación de su PHI con relación a tratamientos, pagos, u operaciones de asistencia sanitaria, tenemos el deber de usar o difundir sólo la cantidad necesaria de PHI para llevar a cabo el propósito de uso o divulgación.

### **A. Usos y Divulgaciones Permitidos para Tratamiento, Pago y Operaciones:**

1. **Para Tratamientos:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para manejar, coordinar y proveerle tratamientos de asistencia sanitaria y servicios relacionados. Por ejemplo, podemos divulgar información a

**ELIOT COMMUNITY HUMAN SERVICES, INC**  
**125 Hartwell Ave Lexington, MA 02421**

empleados de Eliot a cargo de administrar y proveer su atención sanitaria. Sin embargo, su PHI puede ser utilizado y difundido sin su autorización para que los especialistas y otros empleados que trabajan en Eliot puedan hablar de su cuidado sanitario (incluyendo especialistas que no sean su terapeuta o especialista a cargo), o coordinar su atención sanitaria y otros servicios relacionados con el administrador de su caso. Además, podemos divulgar información a otros proveedores de servicios médicos fuera de Eliot como lo son su médico, consejero, trabajador social u otro personal sanitario. En tales casos, le pediremos a usted su autorización (casi siempre por escrito) antes de divulgar información. En ciertos casos, su tratamiento en Eliot no puede empezar hasta que tengamos una autorización firmada por usted (por ejemplo, cuando el tratamiento requiere que nos comuniquemos con especialistas sanitarios fuera de Eliot, o cuando tratamientos relacionados con la investigación requieren divulgación del PHI).

2. Para Pagos: Podemos utilizar o divulgar su PHI sin su autorización para que el tratamiento y servicios que recibe son transferidos a, y pagados por, su seguro médico u otra tercera parte que va a cubrir los gastos. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para que su seguro médico pueda tomar ciertas acciones antes de que se aprueben o paguen los servicios. Su seguro médico puede verificar que los servicios facturados se llevaron a cabo o determinar si el seguro aprobará tratamientos futuros. Su plan de salud puede pedirnos su PHI para determinar si el plan aprobará visitas adicionales a su especialista, como su terapeuta, por ejemplo. Otros motivos podrían ser los siguientes:

- Determinación sobre la cobertura y elegibilidad del seguro médico;
- Determinación de si los servicios fueron médicamente necesarios;
- Determinación de si los servicios fueron debidamente autorizados o certificados antes de que se efectuaran; o
- Analizar sus servicios para determinar la utilización, para asegurar que su cuidado es el apropiado, o para justificar los costos de sus cuidados.

3. Para Operaciones: Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización para operaciones de cuidado sanitario que son necesarias para el funcionamiento de nuestra organización y para asegurar que nuestros clientes reciben cuidados de calidad. Estas actividades podrían incluir:

- Evaluación y mejora de calidad, evaluando el desempeño o capacidad de nuestros especialistas, entrenando estudiantes en las actividades de la clínica, certificación, acreditación, planificación y desarrollo en la gestión, y actividades administrativas diversas.
- Podemos combinar el PHI de muchos de nuestros clientes para determinar qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios ya no hacen falta, y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos combinar nuestro PHI con el de otros proveedores para determinar como comparamos y determinar en que áreas debemos mejorar. Cuando combinamos nuestro PHI con el PHI de otros proveedores, extraemos toda información de identificación para que se pueda usar para analizar el cuidado sanitario y su administración sin indentificar a los clientes específicamente.
- Podemos usar y divulgar su PHI para ponernos en contacto con usted sobre su cita o para comunicarle algún cambio de horario.
- Podemos usar y divulgar su PHI para informarle de opciones sobre posibles tratamientos o alternativas que le podrían interesar.

**ELIOT COMMUNITY HUMAN SERVICES, INC**  
**125 Hartwell Ave Lexington, MA 02421**

4. Marketing y Recaudación de Fondos: Puede que nos pongamos en contacto con usted como parte de nuestro trabajo de recaudación de fondos. Si no quiere que nos pongamos en contacto con usted para este propósito, tiene el derecho de no recibir comunicaciones sobre este tema.

**B. Usos y Divulgaciones que podrían hacerse sin su autorización, pero por los cuales tendrá oportunidad para protestar.**

Para poder proporcionarle con un nivel adecuado de calidad de servicios, se nos permite usar y divulgar su PHI de las siguientes maneras. Usted puede objetar a dichas prácticas.

- **Guía del Centro:** Eliot mantiene una guía limitada del centro dentro de nuestros programas residenciales y Servicio de Estabilización de Crisis (Crisis Stabilization Service) con el propósito de poder ponernos en contacto con usted. Sólo su nombre y número de teléfono se dará a la gente que pida por usted por nombre. Si usted es admitido a uno de nuestros programas residenciales o al Servicio de Estabilización de Crisis, usted podrá negarse a ser incluido en la guía. Si usted decide que NO quiere que se le incluya en la guía, será identificado como un residente y no se proporcionará su información de contacto.
- **Personas Involucradas en su Cuidado:** Si usted está físicamente presente y tiene la capacidad de tomar decisiones sobre su cuidado médico, su PHI sólo podrá ser divulgado con su consentimiento a personas que usted ha permitido estar involucrados con su cuidado. Sin embargo, podemos utilizar y divulgar su PHI cuando lo permita la Ley.

**C. Usos y Divulgaciones que se pueden hacer sin su autorización y sin que usted pueda oponerse:**

Existen ciertas circunstancias por las cuales se nos permite o exige usar y divulgar su PHI sin su autorización, y por las cuales usted no tendrá la posibilidad de objetar.

- Urgencias
- Investigación
- Cuando lo requiera la Ley
- Para evitar amenazas graves a la salud o a la seguridad
- Donación de órganos o tejidos corporales
- Para actividades de salud pública
- Superintendencia de salud
- Médicos forenses y directores de funerarias
- Militares y veteranos
- Seguridad Nacional y Servicios Protectivos para el Presidente y otros
- Compensación para trabajadores (Workers' Compensation)

**III. USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI CON SU AUTORIZACIÓN:**

Cualquier otro uso o divulgación de su PHI que no esté mencionado en esta Notificación generalmente necesitará su permiso por escrito o una "Autorización" a menos que la Ley indique lo contrario. Algunos ejemplos de los usos y divulgaciones que requiere su autorización (que no se limitan a los que están aquí enumerados) son la mayoría de usos y divulgaciones de apuntes de psicoterapia, historiales de abuso de alcohol y drogas, análisis o resultados de pruebas del VIH, usos y divulgación para propósitos de marketing si Eliot recibe remuneración financiera, y divulgaciones que constituyen la venta de PHI. Además, a Eliot se le prohíbe vender su PHI sin antes obtener su autorización por escrito. Tiene el derecho de revocar una

**ELIOT COMMUNITY HUMAN SERVICES, INC**  
**125 Hartwell Ave Lexington, MA 02421**

Autorización en cualquier momento. Y si ese es el caso no usaremos ni divulgaremos su PHI a partir de ese momento a no ser que ya se haya tomado una acción basada en los usos y divulgaciones que había usted autorizado previamente. Para revocar una Autorización, póngase en contacto con su Especialista de Atención Primaria, el Director del Programa, o el Encargado de Privacidad (Privacy Officer).

**IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:**

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su PHI administrado por Eliot, como se explica a continuación:

A. **Derecho a Examinar y Copiar:** Usted tiene el derecho de examinar o copiar su PHI que se utiliza para hacer decisiones sobre su cuidado que requiere tratamiento o pago. Normalmente esto incluye archivos clínicos o de facturación, pero no incluye apuntes psicoterapéuticos. Para ver y/o copiar su PHI deberá solicitarlo por escrito. En algunos casos, se le podría dar un resumen de su PHI y si usted solicita una copia podríamos cobrarle el costo de las copias, el envío, y materiales de oficina asociado a su solicitud. Bajo algunas circunstancias limitadas podríamos denegar su solicitud para ver y/o hacer copias de su PHI. Si denegamos su solicitud le enviaremos notificación por escrito explicándole el motivo. En algunos casos usted tendrá el derecho de apelar la denegación y le informaremos de esto también por escrito. Si ese es el caso, será revisado por un profesional sanitario licenciado que no esté directamente involucrado con la decisión original de denegar acceso. Una vez completada la revisión, llevaremos a cabo la decisión hecha por el profesional sanitario licenciado revisador.

B. **Derecho de Enmendar:** Durante todo el periodo que tengamos información sobre usted, usted tiene el derecho de solicitar que se enmiende cualquier PHI que se usa para hacer decisiones sobre su cuidado, si se trata de su tratamiento o pagos. Por lo general, esto incluye archivos clínicos y de facturación. Para solicitar una enmienda, deberá solicitar por escrito explicando por qué cree que el PHI es incorrecto o inexacto, y cómo quiere que se cambie. Podemos denegar su solicitud para enmendar si no está escrito o si no incluye un motivo que apoye la solicitud. También podemos denegar su solicitud si nos pide enmendar PHI que:

- no fue creado por nosotros, a no ser que la persona o entidad que creó el PHI ya no está disponible para hacer la enmienda;
- no es parte del PHI que guardamos para hacer decisiones sobre su cuidado;
- no es parte del PHI que usted tiene permiso de examinar o copiar; o
- es preciso y completo.

Si denegamos su petición para enmendar, le mandaremos notificación por escrito explicando el motivo de la denegación y le ofreceremos la oportunidad de someter una declaración por escrito con su desacuerdo. Si no quiere presentar dicha declaración por escrito, puede pedir que se adjunte su solicitud para enmendar y la denegación se adjunte a todas las futuras divulgaciones del PHI en cuestión. Si escoge presentar una declaración por escrito de su desacuerdo, nosotros tenemos el derecho de presentar una refutación por escrito. En este caso, adjuntaremos la declaración por escrito y la refutación (además de la solicitud y la denegación originales) a todas las divulgaciones futuras del PHI en cuestión.

C. **Derecho a una Relación de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar que le demos una relación de las divulgaciones, o, para decirlo de otra forma, el listado de instancias de cuando se

**ELIOT COMMUNITY HUMAN SERVICES, INC**  
**125 Hartwell Ave Lexington, MA 02421**

divulgó su PHI. Puede solicitar una relación de hasta seis años atrás, con la excepción de divulgaciones electrónicas relacionadas con su tratamiento, pagos u operaciones de asistencia sanitaria los cuales se limitan a tres años. La relación no incluirá (i) divulgaciones no electrónicos con respecto al tratamiento, pago o operaciones de asistencia sanitaria; (ii) divulgaciones si usted dió su autorización por escrito de que se podía compartir la información; (iii) divulgaciones compartidas con gente involucrada en su cuidado; (iv) divulgaciones a usted mismo sobre su estado de salud; (v) divulgaciones que se hacen para propósitos de seguridad nacional o inteligencia o para prisiones o agentes del orden público que tienen custodia de usted. Contestaremos a su petición dentro de 60 días después de recibirlo. La primera relación que solicita dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para solicitudes adicionales dentro del mismo período de 12 meses, podemos cobrarle los costos. Le notificaremos del costo, y usted puede decidir si cancela o modifica su solicitud.

D. **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene derecho de solicitar una restricción sobre la información sanitaria que utilizamos o divulgamos sobre su tratamiento, pago, u operaciones de cuidado sanitario. También puede solicitar que una parta (o toda) su información sanitaria no se divulgue a familiares o amistades que están involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como lo indica Sección II (B)(2) de esta Notificación. Debe hacer su solicitud por escrito a su Especialista Primario, el Director del Programa, o el Encargado de Privacidad. No se nos exige estar de acuerdo con todas las restricciones. Si aprobamos su solicitud, cumpliremos la restricción a no ser que se necesite la información para tratamiento urgente. Podemos poner fin a una restricción si es necesario por motivos médicos o jurídicos, pero se le notificará con antelación.

F. **Derecho a Limitar Divulgación:** Tiene el derecho de limitar ciertas divulgaciones de PHI de seguro sanitario si usted paga el monto total en efectivo.

G. **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Tiene el derecho de solicitar que nos pongamos en comunicación con usted sobre su cuidado sanitario solamente en ciertos lugares o a través de métodos específicos. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted sólo a su lugar de trabajo. Para solicitar dicha comunicación confidencial, debe hacerlo por escrito a su Especialista Primario, o el Director del Programa. Haremos todo lo posible para cumplir su requerimiento. No hace falta que nos explique el motivo de su solicitud, pero es imprescindible que especifique cómo y dónde quiere que nos pongamos en contacto con usted.

H. **Incumplimientos:** Personas cuyo PHI ha sido infringido serán notificados por escrito así como lo exige la ley.

#### **IV. CONFIDENCIALIDAD DEL HISTORIAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS**

Para los clientes que han recibido tratamiento, diagnostico o remisión para tratamiento de nuestros programas para tratar el abuso de alcohol o drogas , la confidencialidad del abuso de sustancia es doblemente protegida por leyes y reglamentos federales (ley federal 42 U.S.C. \*\* 290dd-2 y reglamento federal 42 CFR, Parte 2). Como regla general no le podemos informar a alguien fuera de los programas que usted ha participado en ellos, ni divulgar ninguna información que le identifique como adicto al alcohol o drogas, a no ser que:



**ELIOT COMMUNITY HUMAN SERVICES, INC**  
**125 Hartwell Ave Lexington, MA 02421**

- usted autorice por escrito la divulgación de esta información; o
- una orden judicial permita la divulgación de esta información, o
- la información se proporcione a un profesional médico durante una emergencia sanitaria o a personal cualificado por motivos de investigación, auditoría, o evaluación del programa; o
- usted amenaza cometer un delito en el programa de desintoxicación de alcohol o drogas, o contra cualquier persona que trabaja en nuestros programas de dependencia al alcohol o drogas.

Sería un delito si nosotros violáramos las leyes y reglamentos federales sobre el abuso de drogas y/o alcohol. Si sospecha una violación puede reportarlo al Fiscal Federal de los Estados Unidos en el distrito donde tomó lugar la infracción. Las leyes y reglamentos federales que rigen la confidencialidad sobre el abuso de alcohol y/o drogas nos permite reportar a las autoridades estatales o locales sospechas de abuso o negligencia de menores.

**V. MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN:**

Eliot se reserva el derecho de cambiar los términos de esta Notificación. También nos reservamos el derecho de que la Notificación modificada o cambiada sea vigente para todo el PHI que tenemos sobre usted además del PHI que podríamos recibir en el futuro.

Pondremos una copia de la Notificación vigente en cada uno de los sucursales donde ofrecemos cuidados. También puede obtener una copia de la Notificación vigente llamando al programa de Eliot encargado de su cuidado, y solicitando que una copia se le mande por correo, o solicitando una copia en persona cuando esté en un centro del programa.

**VII. RECLAMACIONES:**

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido infringidos, puede presentar una reclamación con el Encargado de Privacidad (ver abajo). Para presentar una reclamación, también puede pedir hablar con su Especialista de Atención Primaria, o con el Director del Programa que le puede ayudar a escribir su reclamación.

Privacy Officer (Encargado de Privacidad)  
Eliot Community Human Services, Inc.  
186 Bedford Street  
Lexington, MA 02421  
781-861-0890

También puede hacer una reclamación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: Secretary of the United States Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, al (617) 565-1340.

**ELIOT COMMUNITY HUMAN SERVICES, INC**  
**125 Hartwell Ave Lexington, MA 02421**

**Modificaciones: enero 2006; julio 2012; noviembre 2013**

## Acuerdo de Tratamiento con Buprenorfina/Naloxona

Como paciente de Eliot Community Human Services, Inc. (Eliot), yo libremente y voluntariamente estoy de acuerdo en aceptar este contrato de tratamiento relativo a la prescripción de medicamentos para el tratamiento con buprenorfina/naloxona para el tratamiento del consumo/abuso de sustancias como sigue, además de las expectativas de servicio permanente y el Acuerdo de Tratamiento de Medicamentos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas.

- Entiendo que la medicación por sí sola no es tratamiento suficiente para mi condición, y me comprometo a trabajar con mi equipo de tratamiento para identificar e implementar un enfoque integral al tratamiento. Estoy de acuerdo en que participar constantemente en terapia u otros servicios puede ser un requisito previo para acceder a servicios de medicación.
- Estoy de acuerdo en que si mi monitoreo de laboratorio indica no cumplimiento con mis medicamentos recetados o el uso de medicamentos no recetados, puede que ya no sea elegibles para recibir las recetas de buprenorfina.
- Entiendo que el consentimiento para la colaboración con otros proveedores de tratamiento y publicación de documentación y registros médicos será requerido antes de recibir una receta para la buprenorfina, ya que esto asegura que reciba el cuidado más seguro y completo.
- Entiendo que no debo dejar de tomar mi medicamento sin primero consultar a mi médico, debido al riesgo de síntomas de abstinencia que pueden ser severos.
- Yo entiendo que las benzodiazepinas son indicada para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad, y que la FDA ha publicado directrices que desaconsejan fuertemente la coadministración de metadona/buprenorfina y benzodiazepinas. En este contexto, entiendo que el objetivo a largo plazo de las benzodiazepinas prescritas será a disminuir lentamente y al mismo tiempo buscar más sostenible, las soluciones a largo plazo para el manejo de la ansiedad.
- Entiendo que la buprenorfina generalmente no es elegible para ser rellenada temprano.

Especificaciones adicionales según lo indicado por el médico de prescripción:

- Tengo entendido que el incumplimiento de cualquiera de las especificaciones anteriores, puede ser motivo de suspensión de mi prescripción de medicamentos para el tratamiento con buprenorfina/naloxona.

Nombre	Firma	Fecha

**Eliot Community Human Services, Inc.**  
**Certificación de Orientación Clínica Ambulatoria**

Me han proporcionado información escrita relacionada con las siguientes áreas para orientarme a las políticas y procedimientos de la clínica ambulatoria de Eliot y para proporcionar la información necesaria relacionada con la privacidad y los derechos de los pacientes:

- Orientación clínica
  - Expectativas generales
  - La psicofarmacología
  - No se presenta o cancelación
  - Cuota / costo
  - Cuidados médicos
  - El VIH, el tabaco y la evaluación de la tuberculosis, consejería y educación
  - Quejas y reclamaciones
  - Disponibilidad de la clínica
  - Alta de servicios
- Aviso de derechos del paciente M.G.L, capítulo 111, Sec. 70E
- Aviso de privacidad de HIPAA

Entiendo y estoy de acuerdo con la información que me proporcionaron y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Consentimiento para el Tratamiento con Buprenorfina/Naloxona  
Clínica Eliot OBAT  
Información Adaptada del PCSS para Entrenamiento de MAT  
y el Consentimiento de BMC para el Tratamiento**

La buprenorfina/naloxona (suboxone) es un medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de individuos con trastornos por uso de opioides. La buprenorfina se clasifica como un agonista opioide y la naloxona es clasificada como un antagonista opioide. En combinación, buprenorfina/naloxona puede ser utilizado tanto para la desintoxicación de una sustancia y la terapia de mantenimiento. La terapia de mantenimiento con buprenorfina/naloxona puede continuar siempre y cuando sea médicamente necesario. Otras opciones de tratamiento para el trastorno por uso de opioides incluyen metadona, naltrexona, terapia y grupos de apoyo.

Si eres dependiente de opioides, debe estar experimentando lo más abstinencia posible cuando llegue a su primera dosis de inducción de buprenorfina/naloxona. Si usted no está en la abstinencia la buprenorfina puede causar una rápida, abstinencia grave de opiáceos. Por esta razón, la primera dosis de buprenorfina/naloxona serán tomadas en la clínica, bajo la supervisión de los profesionales de la medicina. Usted no debe conducir ni operar maquinaria pesada hasta que sepa cómo le afecta la buprenorfina/naloxona.

El consumo regular de buprenorfina resultará en la dependencia de opioides; como tal, la buprenorfina no debe interrumpirse bruscamente ya que darán lugar a los síntomas de abstinencia, incluyendo, pero no limitado a: náuseas, diarrea, dolores musculares, malestar y calambres en el estómago. Para evitar estos síntomas, buprenorfina debe ser disminuida lentamente durante un par de semanas bajo la guía de su proveedor de atención médica en caso de que desee discontinuar el uso de buprenorfina.

Puede tomar varios días para la transición del opioide que ha estado usando a la buprenorfina/naloxona. Durante este período de transición, cualquier uso de otros opioides puede causar un aumento en los síntomas. Después de la estabilización de la buprenorfina, el uso de otros opioides perderá su efecto. Cualquier intento de suplantar la buprenorfina tomando dosis más altas de opioides alternativos durante este tiempo podría resultar en la muerte por sobredosis de opioides.

**La combinación de buprenorfina con alcohol, benzodiazepinas u otros medicamentos sedantes, es peligroso y puede llevar a la depresión respiratoria, coma y muerte. No debe tomar ningún otro medicamento sin hablar con su médico primero.** (benzodiazepinas incluyen klonopin, xanax, ativan, valium y librium). Si usted está tomando cualquiera de estos medicamentos, o está bebiendo grandes cantidades de alcohol con regularidad, puede ser referido a un nivel superior de atención antes de iniciar el tratamiento con buprenorfina/naloxona.

La buprenorfina, que va a tomar es una formulación combinada, lo que significa que es una combinación de buprenorfina y un bloqueador de opiáceos/antagonista (naloxona) de acción corta. La relación de esta combinación es una proporción 4:1, (4mg de buprenorfina a 1mg de naloxona). Si la buprenorfina/naloxona fuese disuelto y se inyecta por alguien usando heroína u otro opioide, induciría la abstinencia grave de opioides.

Para que el medicamento se absorba por completo, las pastillas de buprenorfina/naloxona deben mantenerse debajo de la lengua hasta que estén completamente disueltas. Las tiras film de buprenorfina/naloxona deben ser totalmente disueltas debajo de la lengua o disueltas en el interior de la mejilla. Es importante no tragar las pastillas de buprenorfina/naloxona, tragar estas pastillas disminuye la capacidad para que el medicamento sea absorbido por el sistema.

He leído y entendido la información antes mencionada sobre la buprenorfina/naloxona y el tratamiento que sigue. He tenido mis dudas acerca de la buprenorfina/naloxona tratamiento contestada. Estoy totalmente de acuerdo para recibir tratamiento en la clínica de Eliot Community Human Services OBAT con buprenorfina/naloxona para mi trastorno por uso de opioides.

<b>Nombre</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>

## Acuerdo de Tratamiento de Medicamentos

Cuando los medicamentos son utilizados en el tratamiento, el(los) cliente(s)/tutor(s) serán informados de todos los medicamentos prescritos incluidos los posibles riesgos y/o efectos secundarios. Para que los medicamentos se utilicen de la manera más responsable y segura, los clientes y/o tutores tienen que cumplir las siguientes directrices:

- Entiendo que muchos estudios han demostrado que la más sustancial y duradera se pueden conseguir mejoras en los clientes que realicen un enfoque de tratamiento integral, en lugar de con los medicamentos por sí solos. A este efecto, entiendo que la medicación por sí sola no es suficiente tratamiento para mi enfermedad, y me comprometo a trabajar con mis proveedores de salud mental para identificar e implementar un enfoque integral al tratamiento. Estoy de acuerdo en que participar constantemente en terapia u otros servicios puede ser un requisito previo para acceder a servicios de medicación.
- Entiendo que para tener la seguridad y eficacia del medicamento prescrito para mí, debo cumplir con mi prescriptor a intervalos regulares predeterminados y con tiempo suficiente para la reunión para garantizar soy capaz de hablar de mis experiencias, inquietudes y/o cualquier evolución reciente con mi médico. Estoy de acuerdo en que mantener y llegar a tiempo a todas mis citas con el prescriptor. Entiendo que si me retraso, mi médico puede no ser capaz de verme. Entiendo que si no cumpla con todas las citas o mi nombramiento debe ser reprogramado debido al retraso y/o asistir a las citas bajo la influencia de drogas o alcohol, no puede ser elegible para recibir medicación recargas.
  - Si tengo o prevén que van a tener dificultades para llegar a las citas programadas, entiendo que debo hablar con mi médico para identificar posibles soluciones y/o formas de superar estos desafíos.
- Me comprometo a notificar inmediatamente a mi médico si estoy embarazada o piensa quedarse embarazada para discutir las opciones de tratamiento.
- Tengo entendido que, al discutir el uso indebido de drogas y/o el abuso de medicamentos es difícil y que la recaída es parte de la recuperación, estoy espera informar a mi médico acerca de cualquier lucha con el abuso de sustancias o el uso excesivo de medicamentos para asegurarse de que son capaces de ayudar si surge la necesidad. Comprendo la importancia de debatir esta temprano en el tratamiento y en los momentos de recaída para garantizar obtengo la ayuda que necesito y así que mi prescriptor puede tomar decisiones informadas con respecto a mis medicamentos.
- Tengo entendido que algunos medicamentos pueden tener interacciones peligrosas con sustancias consumidas y/u otros medicamentos.
- Entiendo que puedo ser invitado a dar una muestra de sangre u orina para probar el uso de sustancias.
- Entiendo que puedo ser objeto periódicamente el recuento de pastillas al azar para comprobar que el medicamento se toma según lo recetado.
- Entiendo que la vigilancia de laboratorio es esencial para prescribir algunos medicamentos de manera segura. Estoy de acuerdo con independencia para completar toda la vigilancia de laboratorio que es recomendado por mi prescriptor y comprender que yo podría no ser elegible para recibir medicación reabastecimientos hasta estos resultados están disponibles.
- Yo entiendo que si mi seguimiento de laboratorio indica la falta de cumplimiento con mis medicamentos prescritos o el uso de medicamentos sin receta, yo ya no pueden ser elegibles para recibir las recetas de sustancias controladas o recargas de las prescripciones actuales.
- Entiendo que pueden surgir consecuencias graves en personas que toman medicamentos que no está prescrito para ellos y se compromete a no vender, compartir, intercambiar o dar alguna de mi medicamento a cualquier otra persona.
- Estoy de acuerdo en tomar la medicación según lo prescrito, y para no alterar la forma en que puedo tomar mi medicamento sin consultar primero con el médico. Discutiré cualquier problema o preocupación relacionada con los medicamentos con mi médico. Entiendo que alterando el modo en que puedo tomar mis medicamentos sin consulta puede ser peligroso y puede tener graves consecuencias para mi salud mental y física.

- Me comprometo a informar a mi prescriptor acerca de todos los otros medicamentos que estoy tomando recetados por cualquier otros médicos, farmacias u otras fuentes. Informaré a mi prescriptor acerca de cualquier medicamento nuevo o adicionales prescrito de fuentes externas y entiendo la importancia de revisar con mi prescriptor antes de tomar medicamentos nuevos debido a posibles contraindicaciones y para asegurar de que mis medicamentos y las dosis son seguras y eficaces. Entiendo también que debo informar a mis otros prescriptores acerca de los medicamentos que recibido de Eliot.
- Entiendo que la mezcla de alcohol o sustancias no prescritas con medicamentos puede ser peligroso y puede provocar sedación, deterioro en el juicio, depresión respiratoria y/o muerte. Yo entiendo que no debo conducir ni operar maquinaria pesada hasta que sepa cómo mi medicación me afecta, o si me siento sedado o tengo cualquier otro efectos secundarios. También entiendo que yo no pueden ser elegibles para recibir las recetas de ciertos medicamentos si están contraindicadas en curso con el abuso de sustancias.
- Entiendo que el medicamento que recibo es mi responsabilidad y que lo voy a mantener en un lugar seguro donde las personas no autorizadas no tienen acceso. Estoy de acuerdo en que la pérdida o robo de medicamentos pueden no ser elegibles para ser reemplazado o rellenado.
- Estoy de acuerdo en monitorear la necesidad de recargas de medicación, y solicitar reemplazo en las citas como sea necesarios y/o durante las horas de oficina regulares y por lo menos 48 horas o 2 días hábiles de antelación.
- Yo entiendo que las sustancias controladas generalmente no son elegibles para ser rellenados temprano.
- Entiendo que los prescriptores de Eliot no recetan medicamentos que no están aprobados por la FDA o DEA para la atención psiquiátrica, incluyendo pero no limitado a la marihuana medicinal.
- Entiendo que las estrategias y las directrices para el tratamiento seguro y eficaz de los medicamentos de prescripción se revisan y actualizan periódicamente en Eliot e incorporan nuevas investigaciones y orientaciones sobre las mejores prácticas. Tengo entendido que tener una receta para un medicamento anterior no es una garantía de que voy a recibir una prescripción de ese medicamento en el futuro o sobre una base continua.
- Entiendo que todos los prescriptores en esta práctica clínica según estas directrices, y que un desacuerdo sobre la planificación del tratamiento no es una indicación para ser reasignado a otro médico.
- Entiendo que Eliot está comprometido a prestar servicios a todos los clientes y me comprometo a informar a mi prescriptor y el personal de cualquier cambio en mi cobertura del seguro o de la situación financiera que puede afectar mi capacidad para pagar los medicamentos.
- Entiendo que una parte importante de un tratamiento eficaz y amplio enfoque es la coordinación de la atención adecuada y por lo tanto acuerdo a proporcionar autorización escrita para comunicarse con proveedores externos para este propósito.
- Entiendo que adicional, se requieren acuerdos de tratamiento específico de medicamentos para recetas de otros medicamentos, incluyendo pero no limitado a, la buprenorfina/naloxona y/o esketamine.

### ***Los medicamentos estimulantes***

- Entiendo los riesgos y beneficios potenciales de las prescripciones de estimulantes incluyendo, pero no limitado a, el riesgo de la dependencia de drogas y el aumento de la tolerancia.
- Entiendo que no debo dejar mi medicamento sin primero consultar a mi médico, debido al riesgo de síntomas de abstinencia.
- Entiendo que las pruebas, los registros médicos, o cualquier otra documentación puede ser requerida antes de recibir una prescripción para ciertas sustancias controladas (estimulantes) recetadas para el tratamiento del ADHD.
- Entiendo que si se me recetó un medicamento estimulante, debo asistir a mi cita para recibir mi receta.
- Tengo entendido que el continuo uso o abuso de marihuana puede ser una contraindicación para recibir una prescripción de sustancias controladas (estimulantes) recetadas para el tratamiento del ADHD.
- Entiendo que voy a recibir recetas de no más de 30 días de suministro de medicamentos al mismo tiempo. Entiendo que el prescriptor puede elegir para dirigir a la farmacia para proporcionar menos de 30 días de un suministro por vez.
- Entiendo que me darán la menor cantidad posible de dosis de medicamentos para controlar los síntomas.



- Entiendo que mezclar medicamentos estimulantes con otros medicamentos puede ser muy peligroso. Entiendo que si abuso de mis recetas o abuso de otras sustancias no prescritas, este problema se abordará mediante cambios en mi plan de tratamiento para ayudarme a solucionar estos problemas. Si sigo luchando con las drogas esto podría ser motivo de suspensión de la prescripción de medicamentos estimulantes en favor de un mundo más seguro y/o la opción más eficaz.

### **Las benzodiazepinas y medicación no benzodiazepina**

- Entiendo los riesgos y beneficios potenciales de dependencia de drogas y el aumento de la tolerancia al ser prescrito una benzodiazepina y/o un sedante no benzodiazepina.
- Estoy de acuerdo en participar en los tratamientos recomendados adicional como pruebas de medicación no benzodiazepinas indicados para mi condición, así como la terapia, la educación del paciente, consejería sobre el abuso de sustancias y programas de prevención de recaídas, según lo dispuesto, a fin de que me ayude en mi tratamiento.
- Entiendo que las benzodiazepinas son indicadas para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad, y que la FDA ha publicado directrices que aconsejan enérgicamente en contra de la co-prescripción de opioides de cualquier tipo, incluso metadona o buprenorfina y benzodiazepinas. En este contexto, entiendo que la meta a largo plazo de las benzodiazepinas o cualquier medicamento recetado no benzodiazepina será a disminuir lentamente y al mismo tiempo buscar más sostenible, las soluciones a largo plazo para el manejo de la ansiedad.
- Entiendo que me darán la menor cantidad posible de dosis de medicamentos para controlar los síntomas.
- Entiendo que la mezcla de benzodiazepinas o narcóticos con otros medicamentos, especialmente opioides, buprenorfina, metadona y otras sustancias sedantes, incluyendo el alcohol puede ser peligroso. Tengo entendido que un número de muertes han sido reportados entre personas mezclando los opioides o alcohol con benzodiazepinas o no benzodiazepina hipnóticos.
- Entiendo que no debo dejar mi medicamento sin primero consultar a mi prescriptor, debido al riesgo de síntomas de abstinencia que pueden incluir, pero no están limitados a, ansiedad, fatiga, diarrea, vómito, convulsiones, coma y muerte. Comprendo que si comienzo a experimentar síntomas de abstinencia, yo debo de buscar atención médica de inmediato ya que estos síntomas pueden ser fatales.
- Entiendo que si se me recetó una benzodiazepina y elijo a tomar más de lo que está prescrito comprendo las consecuencias y entiendo que si se presentan síntomas de abstinencia, yo debo ir a una sala de emergencia.
- Entiendo que si abuso de mis recetas o abuso de otras sustancias no prescritas, este problema se abordará mediante cambios en mi plan de tratamiento. Si sigo luchando con el uso de sustancias en curso esto podría ser motivo de suspensión de mi benzodiazepina o prescripción sedantes no benzodiazepina. Entiendo que es peligroso tomar más de lo recetado de mi medicamento.
- Entiendo que voy a recibir recetas de no más de 30 días de suministro de medicamentos al mismo tiempo. Entiendo que el prescriptor puede elegir para dirigir a la farmacia para proporcionar menos de un suministro para 30 días por vez.
- Entiendo que si elijo tomar más de mi benzodiazepina de lo prescrito no voy a recibir un reemplazo temprano y, en lugar de eso, probablemente recibirá la benzodiazepina reducida para manejar de forma segura la posibilidad de los síntomas de abstinencia. Yo entiendo que si no soy elegible para recibir la benzodiazepina reducida y empiezo a tener síntomas de abstinencia, yo debo de buscar atención médica de inmediato.

Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier aspecto del presente acuerdo, mi mejor recurso es buscar atención médica en otros lugares a fin de encontrar el tratamiento que sea una mejor opción para el cuidado que estoy buscando. Como paciente de Eliot Community Human Services, Inc. (Eliot), yo libre y voluntariamente estoy de acuerdo con aceptar este contrato de tratamiento sobre la prescripción de medicamentos además de los acuerdo de servicio permanente que se aplica a todos los servicios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre	Firma	Fecha

**Eliot Community Human Services, Inc.**  
**Servicios Ambulatorios**  
**Consentimiento de Telesalud**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo a Eliot Community Human Services (Eliot) para prestar servicios a través de la tecnología de telemedicina.

Acepto y deseo recibir servicios a través de la telesalud. Al firmar esto entiendo y acepto lo siguiente:

- Entiendo que la telesalud es el uso de tecnologías de información y comunicación electrónica por un proveedor autorizado para prestar servicios a un individuo cuando él/ella está ubicada en un sitio diferente del proveedor.
- Entiendo que se me proporcionará el apoyo y la asistencia necesarios con el acceso y uso de la tecnología que Eliot utiliza para proporcionar servicios de telesalud.
- Entiendo los riesgos potenciales asociados con esta tecnología:
  - La conexión de vídeo puede que no funcione o puede dejar de trabajar durante los servicios.
  - Puedo ser requerido para ir al lugar del proveedor si se estima que estaría mejor servido en una reunión en persona.
- Entiendo que hay riesgos y consecuencias de la telesalud incluyendo pero no limitado a, la posibilidad de que, a pesar de esfuerzos razonables por parte de Eliot Community Human Services, la transmisión de mis datos personales podrían ser interrumpidos o distorsionados por fallas técnicas y/o la transmisión de mi información personal podría ser interrumpido por personas no autorizadas.
- Entiendo que los servicios basados en telesalud y atención pueden que no sean tan completas como servicios en persona. Yo entiendo que si mi proveedor creen que estaría mejor atendido por otras intervenciones, se me pedirá que vaya el lugar del proveedor de servicios en persona.
- Entiendo que ciertas situaciones, incluso las situaciones de emergencia y crisis son inadecuados para servicios de psicoterapia basado en audio/vídeo/dispositivo. Si estoy en crisis o en una emergencia debo inmediatamente llamar al 911 o ir al hospital más cercano o al centro de crisis. Entiendo que una situación de emergencia puede incluir tener pensamientos suicidas, tener pensamientos de lastimar o perjudicar a mí o a otras personas, tener síntomas psicóticos incontrolada, estando en una vida amenazantes o situación de emergencia, y/o abuso de drogas o alcohol y no estoy seguro.
- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de salud se aplican también a la telesalud. Como siempre, su compañía de seguros tendrá acceso a sus registros médicos para su revisión de calidad/auditoría.
- Entiendo que seré responsable por cualquier copagos o coseguros aplicables a mi visita de telesalud.
- Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el transcurso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho al cuidado futuro o tratamiento. Puedo revocar mi consentimiento, oralmente o por escrito en cualquier momento. Mientras esté en vigor este consentimiento (no ha sido revocado) Eliot Community Human Services pueden proporcionar servicios a mí a través de la telesalud sin la necesidad para mí firmar otro formulario de consentimiento.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

**Eliot Community Human Services, Inc.**  
**Servicios Ambulatorios**  
**Consentimiento de Telesalud**

Guardian/LAR, según corresponda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ELIOT Community Human Services, Inc.  
Consentimiento para el tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso al personal de Eliot  
Community Human Services, Inc., para que me ayuden con un tratamiento continuo, y/o  
para la prestación de servicios dentro del programa.

Entiendo que este es un servicio voluntario y que puedo retirar este consentimiento en  
cualquier momento sin castigo ni consecuencias.

\_\_\_\_\_  
Firma / Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma personal / Fecha

Si procede: \_\_\_\_\_  
Firma del tutor / Fecha