

## **National Council on Alcohol and Drug Dependence-New Jersey, Inc.**

Aviso de Prácticas de Privacidad Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003. Revisado: 24 de junio de 2017; Revisado: 1 de noviembre de 2017; Revisado: 8 de abril de 2019

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud, incluida la salud relacionada con la salud mental y / o el trastorno de uso de sustancias, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente e infórmenos si tiene alguna pregunta.**

### RESUMEN

Este Aviso describe las prácticas de privacidad del Consejo Nacional sobre la Dependencia de Alcohol y Drogas - New Jersey, Inc. (NCADD-NJ) y nuestros empleados y fuerza laboral. Este Aviso se aplica a todos los servicios de atención médica que le proporciona NCADD-NJ. NCADD-NJ se compromete a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), que incluye información médica sobre usted, como su historial médico, evaluaciones, tratamiento y atención que se le han proporcionado, incluida información relacionada con el alcohol y / o las drogas. . No divulgaremos a nadie su participación en NCADD-NJ, incluidos los miembros de la familia, a menos que nos otorgue un consentimiento por escrito para hacerlo o a menos que la ley nos permita hacerlo.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996, según fue enmendada por la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH), así como las leyes federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias, 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3, y sus regulaciones correspondientes en 42 C.F.R Parte 2, nos imponen ciertas obligaciones con respecto a su PHI e información y registros de alcohol y / o drogas. Requieren que mantengamos confidencial cualquier información de salud que lo identifique. Ciertas otras leyes y regulaciones de confidencialidad del estado también nos imponen obligaciones con respecto a su información de salud. Tomamos estas obligaciones con seriedad y, cuando necesitemos usar o divulgar su PHI, incluida su información y registros de alcohol y / o drogas, cumpliremos con todos los términos de este Aviso y todas las leyes y regulaciones aplicables.

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar su información de salud, a menos que la ley federal y / o estatal nos permita o nos lo exija. Puede revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas confiando en él. Siempre que se nos permita o se nos exija compartir su PHI con otras personas, solo proporcionamos la cantidad mínima de datos necesarios para responder a la necesidad o solicitud.

Violaciones de HIPAA o 42 C.F.R. La Parte 2 puede resultar en responsabilidad civil y / o penal. En particular, cualquier violación de las leyes que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias son delitos punibles por la ley. Cualquier sospecha de violación de estas leyes y regulaciones puede informarse a las autoridades correspondientes, incluido nuestro Oficial de Privacidad en 360 Corporate Blvd. Robbinsville, NJ, 08691 (609) 698-0599, y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NCADD-NJ TRATA A CADA CLIENTE CON RESPETO Y HACE UN PASADO PARA ASEGURARSE DE QUE CADA CLIENTE TIENE EL DERECHO:

Ser tratado con consideración, dignidad y respeto y no ser discriminado en ningún momento durante la evaluación, la colocación, la coordinación de la atención y el proceso de administración de casos; Para estar completamente informado sobre todos los acuerdos de referencia y colocación; Para participar en el desarrollo de sus planes de tratamiento y alta de acuerdo con las políticas y procedimientos del programa; Esperar una respuesta a cualquier solicitud de servicios e información adicionales; Estar libre de abuso médico y físico y de restricciones físicas y químicas; No ser privado de ningún derecho constitucional, civil y / o legal por la participación en el programa WFNJ-SAI o BHI. Esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención sean tratados como confidenciales, de acuerdo con la política descrita en este Aviso. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd. Robbinsville, NJ 08691 (609) 698-0599. ¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO? Este Aviso se aplica al Consejo Nacional sobre la Dependencia de Alcohol y Drogas-Nueva Jersey (NCADD-NJ), incluidos sus empleados y la fuerza laboral que le brindan servicios de atención médica en varios lugares de proveedores. NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD Entendemos que la información sobre salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en NCADD-NJ. Por lo general, esto se conoce como su “tabla”. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados o mantenidos por NCADD-NJ, incluidos nuestros empleados y la fuerza laboral. Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información de salud. No reconoceremos su participación con NCADD-NJ a ninguna persona, incluidos familiares y amigos, a menos que obtengamos su consentimiento por escrito o se nos exija divulgar su participación en NCADD-NJ mediante una orden judicial. A menos que obtengamos su consentimiento por escrito, tampoco divulgaremos ninguna información que lo identifique como persona con un trastorno de uso de sustancias, ni divulgaremos ninguna otra información de salud / salud mental que esté protegida por las leyes federales y / o estatales, excepto según lo permitido o requerido por la ley. En cualquier momento que otorgue su consentimiento por escrito, tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas en dependencia de su autorización previa. Por ejemplo, si ha recibido servicios de tratamiento y luego revoca su consentimiento, se nos permite divulgar su información a su compañía de seguros para que se obtenga el pago de los servicios de tratamiento que se proporcionaron. La ley nos obliga a:

- Asegúrese de que la

información de salud que lo identifica se mantenga privada; • Darle este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted; y • Siga los términos de la versión más reciente de este Aviso que está vigente actualmente.

### 3. CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE NUESTROS FUNDADORES

Podemos usar y divulgar su información médica para cumplir con los requisitos de nuestros patrocinadores, como las agencias gubernamentales. Nuestras principales fuentes de financiamiento requieren que brindemos servicios de salud.

#### 1.

**Información sobre una muestra de pacientes con fines de seguimiento. Obtenemos su consentimiento para esta divulgación en su primera visita. Si usted es un participante de Work First New Jersey, su elegibilidad para recibir servicios a través de este programa requiere que compartamos información sobre su estado y participación con el Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey, División de Desarrollo Familiar, Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey, División de Servicios para Jóvenes y Familias, el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Nueva Jersey, la División de Servicios de Adicción y la Junta de Servicios Sociales de su condado. Ya ha sido informado de esto y ha firmado autorizaciones para que lo hagamos. Limitaremos cualquier información divulgada a dichas agencias a la cantidad mínima necesaria para su participación en dichas agencias. FOR ACCESS TO INCOME SUPPORT, SOCIAL SERVICES AND OTHER PROGRAMS**

Podemos usar y divulgar cierta información médica sobre usted para servicios sociales, derechos y otros programas. Le notificaremos sobre esto en su cita inicial y obtendremos su consentimiento por escrito para divulgar su información médica para determinar su elegibilidad, participación o referencias para estos programas. 2. PARA OPERACIONES DE SALUD Podemos usar su información médica para las operaciones de atención médica interna de NCADD-NJ. Esta información es necesaria para ejecutar NCADD-NJ y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información de salud para revisar nuestros servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brindamos. También podemos combinar información médica sobre varios pacientes para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer NCADD-NJ, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos comunicar información al personal de NCADD-NJ para fines de revisión y aprendizaje. Limitaremos toda la información comunicada a la cantidad mínima necesaria para estas actividades. Si utilizamos un contratista externo para ayudarnos con estas funciones, habrá un contrato vigente para garantizar que dicho contratista mantenga su información confidencial y segura como lo exige la ley. 3. RECORDATORIOS DE NOMBRAMIENTO Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO. Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita en NCADD-NJ. Obtenemos su consentimiento para estos recordatorios. Esto significa que no nos comunicaremos con usted a menos que nos haya informado que está bien que lo hagamos,

y no dejamos mensajes de NCADD-NJ a menos que nos haya dicho que está bien que lo hagamos.

## 2. INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN SU ATENCIÓN O PAGO POR SU ATENCIÓN

Excepto en emergencias médicas (y no puede dar su consentimiento por sí mismo), no divulgaremos su información de salud, incluida su identificación con NJADD-NJ, a una familia

miembro u otro representante personal que esté involucrado en su atención médica sin su consentimiento por escrito. No le daremos información a alguien que lo ayude a pagar su atención, como un amigo o familiar, a menos que usted solicite específicamente que lo hagamos y dé su consentimiento por escrito a la divulgación.

**2. INVESTIGACIÓN**  
. Siempre obtenemos su consentimiento antes de usar y divulgar su información médica con fines de investigación. Antes de inscribirse en un estudio de investigación, se le pedirá que firme un consentimiento informado, que describirá el propósito del estudio, los procedimientos del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales, las alternativas a la participación en el estudio de investigación, los procedimientos del estudio para mantener su información confidencial y cualquier compensación que pueda recibir. Tiene derecho a negarse a participar en cualquier estudio de investigación y tiene derecho a retirarse en cualquier momento. Si se retira del estudio, dejaremos de recopilar información de salud sobre usted para el estudio; sin embargo, la información recopilada antes de retirarse formará parte del registro del estudio.

**2. COMO REQUIERE LA LEY**

**Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales, pero solo en la medida necesaria para responder a la solicitud de dicha información. Por ejemplo, estamos obligados a divulgar cierta información con respecto a los informes de sospecha de abuso y negligencia infantil a las autoridades estatales correspondientes. Las leyes y regulaciones federales no permiten que la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil sea reportada según las leyes estatales a las autoridades estatales o locales correspondientes (U.S.C.290dd-3 y 42 U.S.C.290ee-3 para leyes federales y 42 CFR - Parte 2 para regulaciones federales) A menos que la ley lo autorice específicamente a hacerlo, obtendremos su consentimiento por escrito antes de divulgar cualquier información, lo que lo identificará como una persona con un trastorno de uso de sustancias.**

**2. AMENAZA A LA SALUD O SEGURIDAD**

Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para que el personal médico responda a una emergencia médica inmediata que tenga. Esto significa que la información puede ser divulgada a un proveedor de atención médica para brindarle atención de emergencia o tratamiento adecuado para usted.

**2. SITUACIONES ESPECIALES**

**A. Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar cierta información médica sobre usted según lo requieran las autoridades de comando militar en situaciones específicas. También podemos divulgar cierta información médica relacionada con la Administración de Veteranos (VA). De lo contrario, obtendremos su consentimiento por escrito antes de divulgar su información médica a las Fuerzas Armadas o VA.

**B. COMPENSACIÓN DE**

LOS TRABAJADORES O ASISTENCIA DE EMPLEADOS Podemos divulgar información médica sobre usted para compensaciones laborales o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. También podemos divulgar información médica sobre usted cuando participa en un programa de asistencia para empleados con su empleador. Obtendremos su consentimiento por escrito antes de divulgar información médica sobre usted a estos programas. Si se niega a dar su consentimiento a estas divulgaciones, es posible que no sea elegible para los beneficios y servicios que brindan estos programas.

#### A. SALUD PUBLICA

- Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades son requeridas por la ley y generalmente incluyen lo siguiente: • Para reportar casos de SIDA definidos por los CDC y otras condiciones notificables según lo exige la ley; • Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; To report births and deaths;

#### A.

• **Para reportar el abuso o negligencia de niños, ancianos y adultos dependientes; • Para notificar a las personas sobre la retirada de productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos que puedan estar usando; • Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; • Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley. Con la excepción de reportar el abuso o la negligencia de los niños, la notificación de los retiros del producto o el reporte de muertes, no se nos permite divulgar ninguna información que lo identifique como una persona con un trastorno de uso de sustancias. Obtendremos su consentimiento por escrito cuando se requiera que esta información se divulgue para estos fines.**

**A. Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Entraremos en acuerdos escritos específicos con estas agencias antes de divulgarles información sobre su salud.**

**LAWSUITS AND DISPUTES**

Si está involucrado en una demanda o disputa, solo podemos divulgar su información de salud en respuesta a un 42 C.F.R. Parte 2 orden de la corte o de conformidad con su consentimiento por escrito. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en el disputador, pero solo si ha dado su consentimiento por escrito a la divulgación, o si un

tribunal ha ordenado la divulgación de la información. información a través de un 42 CFR emitido legalmente Parte 2 orden de la corte. Podemos divulgar su información de salud a un juez, pero solo con el fin de determinar si una orden judicial que autoriza la divulgación de la información es apropiada.

## B. APLICACIÓN DE LA LEY

Podemos divulgar información limitada sobre usted si los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley así lo requieren:

- En respuesta a una orden judicial emitida legalmente bajo 42 C.F.R. Parte 2; y
- Cuando haya cometido un delito en NCADD-NJ o contra nuestro personal, o haya amenazado con cometer dicho delito.

## C. CORONERS, EXAMINADORES MÉDICOS Y DIRECTORES FUNERALES

We may disclose your limited health information to coroners or officials within the offices of the State Medical Examiner or a County Medical Examiner making investigations and conducting autopsies, pursuant to N.J.S.A. 52:17B-78 et seq. or to the estate administrator/executor or next of kin indicated in your patient record. We may also release such health information about deceased patients of NCADD-NJ to funeral directors as necessary to carry out their duties.

**B. INMATES Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al funcionario de la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional. Obtendremos su consentimiento por escrito antes de divulgar cualquier información a la institución correccional. C. NOTAS DE LA PSICOTERAPIA No divulgaremos notas de psicoterapia sobre usted sin antes preguntarle y recibir su autorización por escrito, a menos que la ley lo autorice o lo exija específicamente. D. COMERCIALIZACIÓN, RECAUDACIÓN DE FONDOS O VENTA Y PHI NCADD-NJ no divulga su información para fines de recaudación de fondos o mercadeo, ni vende su información de salud a ninguna entidad externa o persona. En el caso de que NCADD-NJ participe en estas actividades en el futuro, siempre buscaremos su consentimiento por escrito antes de divulgar su información médica para dichos fines. NCADD-NJ puede, sin embargo, proporcionarle ciertos materiales cara a cara. También puede comunicarse con usted acerca de ciertos servicios que se relacionan con su tratamiento, manejo de casos o coordinador de atención, siempre que usted otorgue su consentimiento por escrito para recibir dicha información por correo.**

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL  
Ciertos tipos de información de salud también están protegidos por la ley estatal y

requieren su consentimiento específico por escrito. Si nos proporciona dicho consentimiento por escrito para usar o divulgar dicha información médica sobre usted, puede revocar dicho consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso adicional de la divulgación de su información de salud para los fines cubiertos por su autorización por escrito, excepto si ya hemos actuado con confianza en su permiso. Usted entiende que no podemos recuperar cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos. Si revoca su permiso, no se le negará el tratamiento; sin embargo, su elegibilidad para ciertos servicios puede verse afectada. NCADD-NJ en la mayoría de los casos buscará su consentimiento específico por escrito antes de divulgar cualquiera de los siguientes tipos de información sobre usted: 1. información relacionada con el VIH / SIDA; 2. Información sobre enfermedades de transmisión sexual; 3. Información sobre la tuberculosis; 4. Información de salud mental creada en un establecimiento con licencia o un profesional de salud mental con licencia; 5. Información sobre el tratamiento de drogas y alcohol, incluidos sus registros creados en un programa o centro 42 C.F.R Parte 2 y centros de tratamiento autorizados por el estado;

1. Información genética; 2. Información relacionada con el tratamiento emancipado específicamente buscado por usted como menor de edad. Under certain circumstances, we se le puede permitir divulgar la información sin su consentimiento, pero solo en la medida en que lo permitan o exijan expresamente las leyes estatales y federales.

#### SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

##### 1. DERECHOS A INSPECCIONAR Y COPIAR

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud que se puede usar para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero es posible que no incluya información de salud mental.

Para consultar y / o copiar información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, puede consultar a su proveedor. Si siente que tiene un problema para obtener su información de salud, también puede enviar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691. Para cierta información que podamos mantener electrónicamente, podemos proporcionarle una copia de su información en un formato electrónico razonable a su solicitud. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa razonable por ciertos costos asociados con su solicitud y en los que incurramos en proporcionarle una copia de sus registros en papel o en formato electrónico.

Podemos rechazar su solicitud de inspección y / o copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Se le proporcionará una razón para la denegación. Si se le niega el acceso a la información de salud, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica con licencia elegido por NCADD-NJ revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión. Creemos razonablemente que es precisa y completa.

Incluso si rechazamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentar un apéndice escrito, que no exceda las 250 palabras, con respecto a cualquier elemento o declaración de su registro que considere incompleto o incorrecto. Si indica por escrito que desea que el apéndice se incluya en su registro médico, lo adjuntaremos a su registro y lo incluiremos cada vez que realicemos una divulgación del elemento de la declaración que considere incompleto o incorrecto.

### 3. DERECHO A UNA CONTABILIDAD DE DIVULGACIONES

Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de su información médica que no sea la nuestra utilizada para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, (como esas funciones se describen anteriormente) y otras revelaciones que no requieren ser contabilizadas de conformidad con la ley federal.

Para solicitar este informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd., Robbinsville, NJ 08691. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis (6 ) años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un

El período de 12 meses será gratuito. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos razonables de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

4. DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES Es posible que tenga derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que utilizamos o divulgamos sobre usted para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado del pago de su atención, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido. Si su solicitud de restricción se relaciona únicamente con la divulgación de su información de salud a un plan de salud u otro pagador con el único propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica de un artículo o servicio de atención de la salud que usted o su representante nos hayan pagado en su totalidad. y de su propio bolsillo, entonces estamos obligados y cumpliremos con su solicitud. De lo contrario, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción y, en algunos casos, la restricción que usted solicita puede no estar

permitida por la ley. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado la restricción, usted tiene derecho a revocarla en cualquier momento. Bajo ciertas circunstancias, también tendremos el derecho de revocar la restricción siempre que le notifiquemos antes de hacerlo; en otros casos necesitaremos su permiso antes de que podamos revocar las restricciones. Para solicitar restricciones debe informar a su proveedor. También puede hacer su solicitud por escrito a su proveedor, o al Oficial de Privacidad, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691. En su solicitud, debe informarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

**5. DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede informar a su proveedor o realizar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Haremos un esfuerzo para satisfacer todas las solicitudes razonables. Por favor, especifique en su solicitud cómo o dónde desea ser contactado

**.6. DERECHO AL AVISO DE INCUMPLIMIENTO.** Nos tomamos muy en serio la confidencialidad de la información de nuestros pacientes, y estamos obligados por ley a proteger la privacidad y seguridad de su información de salud a través de las medidas de seguridad adecuadas. Le notificaremos en caso de que ocurra una violación que involucre o pueda involucrar su información no segura, y le informaremos de los pasos que debe tomar para protegerse. 7.

**DERECHO A COPIAR ESTE AVISO** Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitar que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. 8. **DERECHO DE REVISAR ESTE AVISO DE PRIVACIDAD** Usted tiene el derecho de revisar cuidadosamente este Aviso antes de firmar cualquier formulario o consentimiento. Le proporcionaremos una copia de este Aviso. Si extravía o pierde este Aviso, puede obtener una copia de este aviso en: Nuestro sitio web: [www.NCADDNJ.org](http://www.NCADDNJ.org). Para obtener una copia en papel de este aviso, pregúntele a su proveedor o comuníquese con el Oficial de Privacidad, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691.

**CAMBIOS A ESTE AVISO** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que la notificación revisada o modificada entre en vigencia para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en todas nuestras oficinas y en nuestro sitio web, [www.NCADDNJ.org](http://www.NCADDNJ.org). El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, las copias del aviso vigente estarán disponibles en la recepción y usted tiene derecho a solicitar un aviso actual en cualquier momento.

**Quejas**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante NCADD-NJ o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Violaciones de 42 C.F.R. La Parte 2 son delitos punibles por la ley y puede informar cualquier sospecha de violación con respecto a su información de alcohol y / o drogas a las autoridades correspondientes. Para presentar una queja ante NCADD-NJ, comuníquese con el Oficial de Privacidad, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691. NCADD-NJ Y SU TRABAJO NO SE RECUPERARÁN NI TOMARÁN NINGUNA ACCIÓN EN CONTRA DE USTED SI PRESENTA UNA RECLAMACIÓN. Para comunicarse con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 26 Federal Plaza-Suite 3313, Nueva York, NY 10278 (212) 264-3313; (212) 264 3039 (fax). Las violaciones de las leyes y regulaciones federales por parte de un programa son un delito. Las violaciones sospechosas pueden ser reportadas a: Fiscal de los Estados Unidos Habitación 700 970 Broad St. Newark, NJ 07102 973-645-2700

### **LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY NCADD-NJ**

cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. NCADD-NJ no excluye a las personas o tratarlos de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. NCADD-NJ: • Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como:

- nosotros, tales como: • Intérpretes de lenguaje de señas calificados  
Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) • Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: • Intérpretes calificados • Información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de NCADD-NJ. Si cree que NCADD-NJ no brindó estos servicios o discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: el Coordinador de Derechos Civiles de NCADD-NJ, NCADD-NJ, 360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691, o por teléfono al 1-609-689-0599 o por fax al 1-609-689-0595. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico a [info@ncaddnj.org](mailto:info@ncaddnj.org). Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de NCADD-NJ está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue, SW Sala 509F, edificio HHH Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia

lingüística. Llame al 1-609-689-0599 (Español) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística. Llame al 1-609-689-0599.

(Chino) 注意：您，，請致電 1-609-689-0599

(Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-609-689-0599 번으로 전화해 주십시오.

(Portuguese)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-609-689-0599.

(Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer ) 1-609-689-0599.

(Italian)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-609-689-0599.

(Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 0599-689-609-1)

(Tagalog)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-609-689-0599

(Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-609-689-0599.

French Creole (Haitian Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-609-689-0599.

(Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-609-689-0599 पर कॉल करें।

(Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-609-689-0599.

(French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-609-689-0599.

(Urdu)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-609-689-0599.