**National Council on Alcoholism and Drug Dependence – New Jersey**

**Reconocimiento de los usos y divulgaciones de**

**Información de salud protegida**

Este reconocimiento resume los **usos y divulgaciones** de mi **información de salud protegida (PHI)**, incluyendo **información relacionada con el alcohol o drogas**, que el **National Council on Alcoholism and Drug Dependence – New Jersey, Inc. (NCADD-NJ)** puede hacer a lo largo de mi participación con el **NCADD-NJ** como conjunto de enunciados en el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que **NCADD-NJ** se reserva el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento, según lo dispuesto en el aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que mi PHI será utilizada y compartida por personal de **NCADD-NJ** para mi **evaluación, diagnóstico, referencias y otro caso, la coordinación y gestión de actividades relacionadas a mi tratamiento de alcohol o drogas y atención o servicios relacionados** que recibo de los proveedores, instalaciones y programas mientras participaba con **NCADD-NJ**. Entiendo que puede permitirse **NCADD-NJ** divulgarla con ciertos individuos, organizaciones y organismos con los que ha escrito acuerdos obligan a proteger mi información, tales como proveedores de servicios de salud. En todo momento, entiendo que **NCADD-NJ** usara y revelará mi PHI sólo como conjunto en su aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que **NCADD-NJ** no puede utilizar o divulgar cualquiera de mi PHI sin mi consentimiento por escrito a menos que el permitido por la ley.

Entiendo que mi registros están protegidos bajo las regulaciones federales que regulan la confidencialidad de la información de salud protegida bajo la ley de rendición de cuentas de 1996 y portabilidad de seguro de salud, Alcohol y registros de paciente de abuso de drogas y 42 CFR Part 2 en su forma enmendada y su Reglamento, incluyendo 45 C.F.R. partes 160 y 164, así como las leyes de confidencialidad de Estado y reglamentos. Entiendo que si NCADD-NJ revela mi PHI, de conformidad con mi consentimiento por escrito o, de lo contrario permitida o requerida por la ley, la información puede estar sujeta a re divulgación por parte de terceros y no puede estar protegida por las regulaciones y leyes federales y estatales.

Entiendo que no estoy obligado a firmar este reconocimiento a fin de obtener tratamiento. Si se niegan a firmar este reconocimiento, **NCADD-NJ** puede continuar a utilizar y divulgar mi PHI a la medida de lo permitido y requerido por la ley.

Firmando abajo, por este medio reconozco que entiendo los usos y relevaciones de mi información de salud protegida por **NCADD-NJ** como conjunto de enunciados en su aviso de prácticas de privacidad:

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

Firma del destinatario (o representante autorizado) / fecha

**Acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad:**

Por favor inicial para indicar que han recibido una copia de nuestro aviso para revisión. \_\_\_\_\_\_\_