**Consejo Nacional sobre el alcohol y la dependencia de las drogas-Nueva Jersey, Inc.**

**Opción De Violencia Domestica**

**RECONOCIMIENTO DE USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN de Salud PROTEGIDA**

Este reconocimiento de recibo resume los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida (PHI), incluyendo información relacionada con el trastorno por uso de sustancias que el Consejo Nacional sobre el alcohol y la dependencia de las drogas – New Jersey, Inc. (NCADD-NJ) puede hacer a lo largo de mi participación con el NCADD-NJ como se establece en el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que NCADD-NJ se reserva el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo previsto en el aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que mi PHI será utilizado y compartido por el personal de NCADD-NJ para mi evaluación, diagnóstico, referidos y otras actividades de coordinación de atención y manejo de casos relacionadas con mi tratamiento de alcohol y/o drogas, y/o tratamiento de salud mental, y cuidado o servicios relacionados que recibo de proveedores, instalaciones y programas mientras participo en NCADD-NJ. Entiendo que se le puede permitir a NCADD-NJ compartir mi PHI con ciertas personas, organizaciones y agencias con las que ha escrito acuerdos que les obligan a salvaguardar mi información, como los proveedores de servicios de atención médica. En todo momento, entiendo que NCADD-NJ utilizará y divulgará mi PHI sólo como se establece en su aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que NCADD-NJ no puede utilizar o divulgar ninguna de mis PHI sin mi consentimiento por escrito a menos que lo permita la ley.

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes de desorden de uso de sustancias, 42 CFR parte 2, y la información de salud protegida bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996, en su forma enmendada, y las regulaciones de los mismos, incluyendo 45 C.F.R. partes 160 y 164, así como las leyes y regulaciones estatales de confidencialidad. Entiendo que si NCADD-NJ divulga mi PHI, de conformidad con mi consentimiento por escrito o según lo permita o exija la ley, la información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del tercero y no puede estar protegida por las leyes federales y estatales aplicables y Reglamentos.

Entiendo que no estoy obligado a firmar este reconocimiento de recibo con el fin de obtener tratamiento. Si me niego a firmar este reconocimiento de recibo, NCADD-NJ podrá seguir utilizando y divulgará mi PHI en la medida permitida y exigida por la ley.

Al firmar a continuación, acepto y reconozco que entiendo los usos y divulgaciones de mi información médica protegida por NCADD-NJ como se establece en su aviso de prácticas de privacidad:

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

Firma del destinatario (o representante autorizado)/fecha

# Reconocimiento de recibo de aviso de prácticas de privacidad:

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