

**Centro de Asesoramiento de Nuevo  
Brunswick y  
Asesoramiento Integral en Burlington**

*"¡La recuperación nunca está fuera de alcance!"*



**Programa de tratamiento para el consumo de  
sustancias  
Formularios de admisión**

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

Para ayudarte mejor, te pedimos amablemente que respondas a las siguientes preguntas junto con los demás cuestionarios de este paquete. Tras el cuestionario inicial de selección, hay formularios adicionales que hacen referencia al manual y a nuestro compromiso contigo durante tu estancia en el Centro de Asesoramiento de New Brunswick y en Burlington Comprehensive Counseling. Si necesitas ayuda, por favor pregunta al personal de recepción o al miembro del personal con el que te reúnas para la revisión.

<b>Nombre</b>	
Primero: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____
Último: _____	
<b>Información de contacto:</b>	
Número de teléfono: _____	Correo electrónico: _____
<b>Dirección</b>	
Dirección: _____	
Ciudad : _____	Estado, código postal: _____
<b>Estado civil</b>	
<input type="checkbox"/> Derecho Común	<input type="checkbox"/> Nunca casados
<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> Casado de nuevo
<input type="checkbox"/> Conviviendo juntos/conviviendo	<input type="checkbox"/> Separados
<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Viuda
<b>Otras preocupaciones importantes para la salud:</b>	

Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

<p><b>Estado laboral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo (35+ horas/semana)</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial (&lt;35 horas/semana)</li> <li><input type="checkbox"/> Deshabilitado</li> <li><input type="checkbox"/> Ama de casa</li> <li><input type="checkbox"/> Retirado</li> <li><input type="checkbox"/> Estudiante</li> <li><input type="checkbox"/> Empleo estacional</li> <li><input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo</li> <li><input type="checkbox"/> Desempleados</li> </ul>	<p><b>Estado de la vivienda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alojado</li> <li><input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar</li> <li><input type="checkbox"/> Duplicar (vivir con otras personas/vivir en sofás)</li> <li><input type="checkbox"/> Vivienda de Transición</li> <li><input type="checkbox"/> Calle (vivir en la calle, vehículo, al aire libre, campamento)</li> <li><input type="checkbox"/> Otros (residen en hotel/motel)</li> </ul>
<p><b>Afiliación militar</b></p> <p>¿Usted o algún familiar directo ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE. UU.? Sí/No: _____</p> <p>Relación con la persona que sirve (si procede): _____</p> <p>Rama: _____</p> <p>Desde/A Fechas: ___/___/___ a ___/___/___</p>	
<p><b>¿Se requiere alojamiento adicional?</b> <i>(NOTA: Esto no garantiza la provisión, sin embargo, NBCC/BCC hará todo lo posible por adaptarse a cualquier disposición legalmente requerida)</i></p>	

**Historia personal**

¿Cuál es la razón por la que vienes a terapia? ¿Hay algo específico, como un evento concreto? Si es así, ¿cuándo ocurrió el evento?

¿Estás estudiando actualmente? Si es así, ¿en qué universidad?

No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Quieres firmar una autorización de información para que podamos coordinarnos con tu colegio? Si es así, por favor proporciona información de contacto.

No

Sí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tienes alguna discapacidad de aprendizaje? Si es así, ¿cuál es la discapacidad?

No

Sí: \_\_\_\_\_

**Historia psiquiátrica**

**¿Has visto a un profesional de la salud mental antes? Si es así, indica el plazo.**

- No
- Sí: \_\_\_\_\_

**¿Quiere firmar una autorización de información para que podamos coordinarnos con este proveedor?**

- No
- Sí

*Si es así, por favor proporciona información de contacto:*

**Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Agencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Si procede, haz una lista de todos los medicamentos psicotrópicos que estés tomando actualmente. Si tomas medicación con receta, ¿quién es tu médico que te prescribe?**

**Nombres de medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Médico recetador:** \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez has estado hospitalizado por un problema psiquiátrico? Si es así, por favor explica por qué.**

- No
- Sí
- Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

---

---

---

**¿Hay algo más que te gustaría que supiera tu terapeuta?**

## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

NBCC/BCC puede ofrecer ayuda o derivaciones para diversas necesidades. Coloca una comprobación junto a cualquier cosa con la que quieras ayuda para que podamos recopilar más información y ayudarte lo mejor posible.

Necesidades sociales		Necesidades de salud	
	Servicios de Protección		Educación y Prevención de la Salud
	Asistencia financiera		Seguro de salud
	Servicios de Ayuda al Hogar		Cribado y evaluación
	Cuidado de respiro		Atención primaria
	Servicios de Refugio		Cuidados agudos
	Acogida		Cuidados a largo plazo
	Adopción		Cuidado Dental
	Ropa		Derivación al VIH
	Gastronomía		Asistencia con medicación (financiera)
	Problemas de vivienda	Necesidades Vocacionales	
	Asistencia para Servicios Públicos		Formación profesional
	Socialización		Evaluación Profesional
	Recreación (YMCA, boy scouts, etc.)		Habilidades de supervivencia laboral
	Servicios de Violencia Doméstica		Formación en Habilidades Profesionales
Necesidades educativas			Orientación Profesional

Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

	Pruebas psicológicas		Búsqueda y colocación de empleo
	Clases de recursos	<b>Necesidades adicionales</b>	
	Educación Especial		Grupos de autoayuda y apoyo
	Escuelas Especiales		Defensa
	Instrucción en casa		Transporte
	Escuela Residencial		Servicios legales/Documentación
	Programas alternativos		Programas de voluntariado
	Título de Asociado		Continuación del cuidado
	Desarrollo de la Educación General (GED)		Organización de Reinserción/Casa de Transición
<b>Necesidades de salud conductual</b>		<b>Otras preocupaciones/Comentarios relevantes</b>	
	Apoyo a la recuperación		
	Apoyo entre iguales		
	Servicios en grupo		
	Nivel Superior de Atención		
	Atención hospitalaria		
	Tratamiento especializado (trauma/DBT/trastornos alimentarios, etc.)		
	Hospitalización		

## ÍNDICE

Por favor, lee y revise atentamente los siguientes formularios. Además de un acuse de recibo de firma que indica que has recibido estos formularios, algunos requieren información en el propio formulario. Por favor, contacte con su orientador principal si tiene alguna pregunta o preocupación sobre nuestras políticas.

A. DERECHOS DEL CLIENTE.....	6
B. AVISO DE CONFIDENCIALIDAD.....	9
C. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA.....	13
D. DERECHOS DEL CLIENTE RESPECTO A LA INFORMACIÓN SANITARIA.....	21
E. CONSENTIMIENTO DE LA ENTIDAD DE GESTIÓN INTERINA (IME).....	24
F. CONSENTIMIENTO POR TELEMEDICINA.....	26
G. DIRECTIVA ANTICIPADA.....	30
H. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN / ELECCIÓN BENÉFICA.....	36
I. FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE CREDENCIALES DEL CONSEJERO.....	37
K. CONSENTIMIENTO PARA EL TEST DE DROGAS.....	41
INFORMACIÓN SOBRE LAS PRUEBAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE L.....	44
INFORMACIÓN Y NOTIFICACIÓN SOBRE VIH.....	47
N. POLÍTICA FINANCIERA.....	50
Reconocimiento.....	53
UBICACIONES, HORARIOS DE ACTIVIDADES Y NÚMERO DE TELÉFONO.....	54
CENTRO DE ASESORAMIENTO DE NUEVO BRUNSWICK Y LIDERAZGO INTEGRAL EN ASESORAMIENTO EN BURLINGTON.....	55



## A. DERECHOS DEL CLIENTE

Esta agencia respalda formalmente el reconocimiento y la creencia tanto en los derechos como en las responsabilidades de los pacientes como base de la relación entre el paciente y la agencia. Por lo tanto, la agencia adopta lo siguiente:

Por favor, tome nota de sus derechos como consumidor de los servicios del Centro de Asesoramiento de New Brunswick:

- 1) El derecho a ser informado de estos derechos, como lo demuestra el reconocimiento escrito del cliente o la documentación del personal en el historial clínico que indica que se le ofreció una copia escrita de estos derechos y se le dio una explicación escrita o verbal de estos derechos en términos que el cliente pudiera entender.
- 2) El derecho a ser notificado de cualquier norma y política que el programa haya establecido que regule la conducta de los clientes en la instalación;
- 3) El derecho a ser informado de los servicios disponibles en el programa, los nombres y el estatus profesional del personal que presta y/o es responsable de la atención al cliente, así como las tarifas y cargos relacionados, incluyendo la política de pago, tarifa, depósito y reembolso del programa y cualquier cargo por servicios no cubiertos por fuentes de pago de terceros o por la tarifa básica del programa;
- 4) El derecho a ser informado si el programa ha autorizado a otras instituciones sanitarias y educativas a participar en su tratamiento, la identidad y función de dichas instituciones, y a negarse a permitir su participación en su tratamiento;
- 5) El derecho a recibir de sus médicos o profesionales clínicos una explicación de su condición médica/de salud completa o diagnóstico, tratamiento recomendado, opciones de tratamiento, incluida la opción de no tratar, riesgos de tratamiento y resultado esperado, en términos que él o ella entienda;
  - i) Si, en opinión del director médico o del director de asesoramiento sobre abuso de sustancias, esta información sería perjudicial para la salud del cliente, o si el cliente no es capaz de comprenderla, la explicación deberá proporcionarse a un familiar, tutor legal o pareja, según esté disponible;
  - ii) La divulgación de información a un familiar, tutor legal o pareja, junto con la razón de no informar directamente al cliente, quedará documentada en el historial clínico del cliente;y

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

- iii) Todos los consentimientos para divulgar información deberán ser firmados por el cliente o por su padre, tutor o representante legalmente autorizado;
- 6) El derecho a participar en la planificación de su atención y tratamiento, y a negarse a recibir medicación y tratamiento;
- i) La negativa de un cliente a tomar medicación o tratamiento deberá quedar documentada en su historial clínico;
- 7) El derecho a participar en investigaciones experimentales solo cuando el cliente da un consentimiento informado y por escrito para dicha participación, o cuando un tutor o representante legalmente autorizado da dicho consentimiento para un cliente incompetente conforme a la ley, norma y reglamento;
- 8) El derecho a expresar quejas o recomendar cambios en políticas y servicios al personal del programa, a la autoridad rectora y/o a representantes externos de su elección, ya sea individualmente o en grupo, libre de restricciones, interferencias, coacción, discriminación o represalias;
- 9) El derecho a estar libre de abusos mentales y físicos, explotación y del uso de ataduras;
- i) Los medicamentos ordenados por un cliente no serán retenidos por incumplimiento de las normas o procedimientos de la instalación, a menos que se tome la decisión de terminar al cliente en el N.J.A.C. 10:161B-16.2 conforme a este capítulo; los medicamentos solo pueden ser retenidos cuando el personal médico de la instalación determine que dicha acción está médicamente indicada;
- 10) El derecho al tratamiento confidencial de la información sobre el cliente;
- i) La información del historial clínico del cliente no será facilitada a nadie fuera del programa sin la aprobación por escrito del cliente para facilitar la información conforme a las leyes federales y normas para la confidencialidad de los registros de clientes por abuso de alcohol y drogas en 42 U.S.C. §§ 290dd-2, y 290ee-2, y 42 CFR Parte 2 §§ 2.1 y siguientes, y las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) en 45 CFR Partes 160 y 164, a menos que la divulgación de la información sea requerida y permitida por ley, un contrato de pago con terceros, una revisión por pares o la información sea necesaria por el DHS para fines legalmente autorizados; y
  - ii) El programa puede liberar datos sobre el cliente para estudios que contienen estadísticas agregadas solo cuando la identidad del cliente está protegida y oculta;

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

- 11) El derecho a ser tratado con cortesía, consideración, respeto y reconocimiento de su dignidad, individualidad y derecho a la privacidad, incluyendo, pero no limitado a, la privacidad auditiva y visual;
  - i) También se respetará la privacidad del cliente cuando el personal del programa discuta con otros;
- 12) El derecho a ejercer libertades civiles y religiosas, incluido el derecho a decisiones personales independientes;
  - i) No se impondrán creencias ni prácticas religiosas, ni asistencia a servicios religiosos, a ningún cliente;
- 13) El derecho a no ser discriminado por edad, raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad (incluyendo, pero no limitado a, ciego, sordo, con discapacidad auditiva) o la capacidad de pago; o de ser privados de cualquier derecho constitucional, civil y/o legal.
  - i) Los programas no deben discriminar a los clientes que toman los medicamentos según la prescripción;
- 14) El derecho a ser transferido o dado de alta solo por motivos médicos, por el bienestar del cliente, por el de otros clientes o personal por orden escrita de un médico u otro clínico titulado, o por incumplimiento de los honorarios requeridos acordados en el momento del ingreso (excepto cuando estén prohibidos por las fuentes de pago de terceros);
  - i) Las transferencias y altas, y sus motivos correspondientes, se documentarán en el historial clínico del cliente; y
  - ii) Si el programa ambulatorio de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias planifica una transferencia o alta no urgente, el cliente y su familia recibirán un aviso previo al menos de 10 días sobre dicha transferencia o alta, salvo lo que se disponga en contrario en N.J.A.C. 10:161B-6.4(c);
- 15) El derecho a ser notificado por escrito y a tener la oportunidad de apelar una liberación involuntaria; y
- 16) El derecho a tener acceso y obtener una copia de su historial clínico, de acuerdo con las políticas y procedimientos del programa y las leyes y normas federales y estatales aplicables.

**El Centro de Asesoramiento de New Brunswick conserva el derecho de admitir y tratar únicamente a aquellos clientes que sean apropiados para la misión, capacidad y recursos de la agencia. Tenga en cuenta que el Centro de Asesoramiento de New Brunswick es un entorno libre de humo.**

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



## B. AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

### 1. Información General y Protecciones Legales

La información sobre tu atención sanitaria, incluido el pago de la atención sanitaria, está protegida por dos leyes federales principales:

- La **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)**, y
- La ley federal de **confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2** (Ley de confidencialidad").

Según estas leyes:

- El Centro de Asesoramiento de New Brunswick (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) **no pueden revelar** a nadie fuera de NBCC/BCC que asiste (o ha asistido) al programa.
- No podemos divulgar ninguna información que le identifique como consumidor de alcohol o drogas ni divulgar otra información sanitaria protegida, **salvo que lo permitan** estas leyes y regulaciones.

Para las personas que han recibido diagnóstico, tratamiento o derivación a tratamiento de nuestros programas de trastornos por consumo de sustancias, la confidencialidad de los registros de drogas y alcohol está **estrictamente** protegida. Como regla general, no podemos informar a nadie fuera del programa que asistes, ni revelar ninguna información que te identifique como consumidor de alcohol o drogas, a menos que:

a) Autorizas la divulgación por escrito, o

B) La divulgación está permitida por una orden judicial válida y la ley aplicable.

La violación del **42 C.F.R. Parte 2** o **HIPAA (45 C.F.R. Partes 160 y 164)** es un **delito** y puede ser castigado con multas y/o encarcelamiento.

### 2. Consentimiento por escrito para la divulgación

Antes de divulgar información sobre tu **tratamiento actual, tratamientos anteriores y/o recomendaciones de tratamiento**, NBCC/BCC generalmente debe obtener tu **consentimiento por escrito**.

Un consentimiento escrito válido debe incluir específicamente:

1. **¿Qué información** se está revelando?
2. **A quienes** se está divulgando la información.
3. El **propósito/naturaleza** de la divulgación.
4. El **periodo de tiempo o fecha de caducidad** durante el cual se permite la divulgación.
5. Una declaración sobre **la redivulgación** por parte de la persona o agencia que recibe la información (en los registros de trastornos por consumo de sustancias, generalmente se prohíbe la divulgación adicional salvo que la ley lo permita).

Puedes **revocar cualquier consentimiento por escrito en cualquier momento** informándonos por escrito. Una vez revocada, NBCC/BCC dejará de divulgar tu información sanitaria protegida bajo ese consentimiento, salvo en la medida en que ya se haya tomado una acción basada en él.

**Puedes ser denegado si** te niegas a consentir la **divulgación necesaria para tratamiento, pago o operaciones sanitarias**, según lo permita la ley. No se te **negará el servicio** si te niegas a consentir la divulgación por otros fines no esenciales.

### 3. Responsabilidades de NBCC/BCC y tu derecho a presentar una queja

NBCC/BCC están obligados por ley a:

- **Mantén la privacidad** de tu información de salud y tratamiento.
- Proporcionarle información sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Si crees que tus derechos de privacidad han sido violados:

- Puedes presentar una **queja** formal ante un supervisor en cualquiera de las dos ubicaciones (New Brunswick o Burlington) y solicitar hablar con el **Director Clínico y/o el Director Ejecutivo**.
- Si tu preocupación no se resuelve a tu satisfacción, puedes contactar con:
  - El **Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey / División de Salud Mental y Servicios de Adicciones (DMHAS)**
  - **CARF International**
  - El **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**

**No sufrirás represalias** por presentar una queja o una queja.

### 4. Tus derechos según 42 C.F.R. Parte 2 y HIPAA

Según estas leyes y regulaciones de confidencialidad, tienes derecho a:

- **Solicita restricciones** sobre ciertos usos y divulgaciones de tu información de salud y tratamiento (aunque NBCC/BCC no siempre está obligado a aceptar todas las restricciones solicitadas).
- **Solicitar modificaciones** en los registros de salud y/o tratamiento mantenidos por NBCC/BCC, con algunas excepciones.
- **Solicita y recibe un registro de las divulgaciones** realizadas por NBCC/BCC hasta seis **años** antes de la fecha de tu solicitud, según lo permita la ley.
- **Solicite copias** de la información de salud y tratamiento que mantiene NBCC/BCC.
  - Las notas de psicoterapia y cierta otra información pueden ser retenidas o redactadas si se determina que el acceso supondría un grave perjuicio para ti o para otros, de acuerdo con la ley aplicable.

Se te **pedirá** que firmes un consentimiento por escrito que permita a NBCC/BCC divulgar información sobre el tratamiento a determinadas agencias de referencia o supervisión cuando sea aplicable, tales como:

- Libertad condicional / Libertad condicional
- Tribunal de Recuperación / Tribunal de Drogas
- Centro de Recursos para Conductores Ebrios (IDRC)
- Departamento de Niños y Familias (DCF)
- Iniciativa de Trabajo Primero en Nueva Jersey para el Abuso de Sustancias (WSFAI)
- Otras entidades de derivación o supervisión según corresponda

## 5. Limitaciones a la confidencialidad (divulgaciones sin tu consentimiento por escrito)

En determinadas circunstancias, las leyes federales y estatales permiten (o exigen) que NBCC/BCC divulgue **información sin tu consentimiento por escrito**. Algunas de estas circunstancias incluyen:

### 1) Sospecha de abuso o negligencia

- a) NBCC/BCC debe notificar a la División de Protección y Permanencia Infantil (DCP&P) y/o a la autoridad correspondiente (por ejemplo, Servicios de Protección al Adulto, Línea Directa de Maltrato a Personas Mayores) si existe **sospecha de abuso o negligencia infantil o mayor**.

### 2) Amenazas de daño a otros

- a) Si un consumidor amenaza **seriamente con dañar a otra persona**, puede que tengamos que notificar a esa persona y/o a las autoridades, conforme a la ley aplicable (deber de advertir/proteger).

### 3) Peligro para uno mismo o para los demás

- a) Si se determina que un consumidor corre **un riesgo inminente de daño para sí mismo o para otros**, podemos informar a alguien que pueda intervenir eficazmente. Esto puede incluir a un familiar, a las fuerzas del orden, al **Centro Móvil de Cribado de Crisis local** u otros servicios de emergencia, y puede resultar en **una evaluación psiquiátrica o hospitalización**.

### 4) Emergencias médicas

- a) Los registros o información de los consumidores pueden ser facilitados al personal médico en una **emergencia médica legítima** en la medida necesaria para cubrir la emergencia.

### 5) Informes de salud pública y enfermedades infecciosas

- a) En situaciones de emergencia (como **COVID-19, tuberculosis, sífilis u otras condiciones que se declaren**), se puede divulgar información:
  - i) A una **autoridad de salud pública**,
  - ii) A personas en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad (cuando esté permitido por la ley estatal),
  - iii) A familiares, amigos u otras personas involucradas en tu cuidado, y
  - iv) En casos de **peligro inminente**.

### 6) Órdenes judiciales y requisitos legales

- a) Cuando recibimos una **orden judicial debidamente ejecutada** o según lo requiera la ley, podemos vernos obligados a liberar los registros. En estos casos, debemos cumplir con la orden y no podemos evitar producir registros bajo la ley vigente de comunicaciones privilegiadas.

### 7) Supervisión y revisión de calidad

- a) Los terapeutas y el resto del personal deben compartir información relevante para la **supervisión clínica, la consulta de casos y la revisión de la utilización** para garantizar la calidad y la atención adecuada.

### 8) Cribado y evaluación psiquiátrica

- a) Si un consumidor es evaluado psiquiátricamente en un **centro de cribado** psiquiátrico o en un centro similar, la información puede compartirse con el personal del centro para facilitar la evaluación y cumplir con la legislación federal y estatal.

### 9) Organizaciones de Servicio Cualificadas / Socios Comerciales

- a) La información puede compartirse conforme a un acuerdo escrito con una **Organización de Servicios Calificada (QSO)** o un **Asociado de Negocios** que preste servicios (por ejemplo,

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

facturación, gestión de datos, servicios de laboratorio) y que esté obligada a mantener la confidencialidad según la legislación aplicable.

**10) Dentro de NBCC/BCC**

- a) La información puede compartirse **entre el personal de NBCC/ BCC** según sea necesario para proporcionar su atención, coordinar servicios y llevar a cabo las operaciones de la agencia.

**11) Investigación, auditorías y evaluaciones**

- a) Los registros pueden ser revisados para **investigación, auditorías estatales y federales, revisiones de licencias y evaluaciones de certificación**. Puede negarse a participar directamente en actividades de investigación.
- b) Cuando la **Oficina de Licencias**, Medicaid u otras agencias autorizadas realizan una revisión, se puede examinar el historial clínico del consumidor.

**12) Órganos externos de revisión**

- a) Los registros de consumidores pueden, sin su consentimiento, ser revisados por:
  - a) Equipos de auditoría del Estado **de Nueva Jersey apropiados**
  - b) Personal profesional de revisión o mejora de calidad dentro de la organización
  - c) **Revisores de acreditación** (por ejemplo, CARF)
  - d) **Médicos forenses estatales o del condado** en circunstancias específicas

**13) Consumidores fallecidos**

- a) Los registros de un consumidor fallecido que recibió servicios de NBCC/BCC pueden ser entregados al **administrador o albacea de la herencia**.
- b) Si no hay administrador ni albacea, los registros pueden ser entregados al **familiar más cercano** indicado en el registro del consumidor.
- c) Se obtendrá una autorización escrita válida del familiar cercano correspondiente (padres biológicos o adoptivos, hermanos, abuelos, cuidador de la familia, cónyuge o hijos adultos), según lo requiera la ley.

**14) Menores (consumidores menores de 18 años)**

- a) La divulgación de información sobre cualquier consumidor menor de 18 años que requiera autorización generalmente será determinada por el **padre o tutor legal del consumidor**, conforme a la ley estatal y las normativas de confidencialidad.

**6. Preguntas y más información**

Si tiene **alguna pregunta** sobre este Aviso de Confidencialidad, sus derechos de privacidad o cualquiera de la información anterior, por favor pregunte a su orientador, enfermero o a otro miembro del personal de NBCC/BCC para una explicación. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

## C. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA

### 1. Nuestro deber legal de proteger tu privacidad

NBCC/BCC tienen la **obligación** legal de proteger la privacidad de tu **Información Sanitaria Protegida (PHI)**.

La PHI incluye cualquier información que pueda identificarte y que se relacione con:

- Tu salud o condición física o mental pasada, presente o futura
- Los servicios sanitarios que recibes
- Pago por esos servicios

Todos los empleados, voluntarios, personal, médicos, profesionales sanitarios y demás personal están **obligados por ley** a proteger la confidencialidad de su información sanitaria y a seguir las prácticas descritas en este aviso.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Si lo hacemos:

- Actualizaremos este aviso y lo publicaremos en nuestro vestíbulo.
- Puede solicitar una **copia actual** en cualquier momento a nuestra recepción o visitando [www.nbcounselingcenter.org](http://www.nbcounselingcenter.org).

### 2. Cómo podemos utilizar y divulgar tu PHI

Podemos utilizar y divulgar tu PHI para los siguientes fines:

#### R. Tratamiento

Podemos utilizar y compartir tu PHI para proporcionar, coordinar o gestionar tu atención. Por ejemplo:

- Tu consejero puede hablar sobre tu atención con nuestro personal médico.
- Nuestro personal médico puede revisar tus medicamentos y tu historial médico.

#### Programa de Seguimiento de Recetas (PMP):

Al ingresar y cuando sea clínicamente necesario, nuestro departamento médico puede consultar el **Programa Estatal de Seguimiento de Prescripciones (PMP)** y DrFirst para ver si estás recibiendo medicamentos de otro

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

proveedor que puedan ser inseguros para tu tratamiento asistido con medicación. Si necesitamos contactar con su médico privado, le pediremos que firme una **Autorización de Información (ROI)** para permitir la comunicación entre nuestro director médico y su prescriptor.

### B. Pago

Podemos usar o divulgar tu PHI para que **los servicios puedan ser facturados y pagados**. Por ejemplo:

- Podemos enviar información a tu plan de seguro a:
  - o Confirma la elegibilidad o la cobertura
  - o Determinar la necesidad médica
  - o Obtener la preautorización o certificación
  - o Justificar los cargos por cuidados

Los pagadores pueden incluir:

- Medicaid
- Medicare
- Seguro de salud comercial/privado
- DCF
- Financiadores de subvenciones gubernamentales

### C. Operaciones sanitarias

Podemos utilizar y divulgar PHI según sea necesario para **gestionar nuestros programas y mejorar los servicios**, por ejemplo:

- Evaluación y mejora de la calidad
- Revisión del desempeño y las cualificaciones de los clínicos
- Formación de estudiantes bajo supervisión
- Licencias, acreditación y auditorías
- Actividades administrativas generales

Podemos combinar información sanitaria de muchos clientes para:

- Decide qué servicios ofrecer o dejar de ofrecer

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Evalúa nuevos tratamientos o programas
- Compara nuestros servicios con otros proveedores y busca formas de mejorar

Cuando usamos datos combinados para estos fines, la información que te identifica se **elimina siempre que es posible**.

### 3. Otros usos y divulgaciones permitidos sin tu permiso por escrito

La ley nos permite (y a veces nos exige) usar o divulgar tu PHI sin tu autorización firmada en determinadas situaciones, incluyendo:

#### **R. Emergencias**

- En caso de emergencia, podemos compartir tu PHI para proporcionar la atención necesaria, por ejemplo, con paramédicos o personal de urgencias.

#### **B. Recordatorios de citas**

- Podemos ponernos en contacto contigo (por teléfono, correo o mensaje de texto) para recordarte las **citas**.

#### **C. Investigación / Evaluación de Programas**

Bajo estrictos procesos de salvaguardas y aprobación, podemos utilizar o divulgar una información limitada de información pública para:

- Investigación o evaluación de programas (por ejemplo, comparar los resultados de diferentes tratamientos)

Cualquier proyecto de investigación que involucre a tu PHI está sujeto a un **proceso especial de aprobación**. Si un investigador ve tu **nombre, dirección o información identificable**, o si se te pide participar en un tratamiento experimental, pediremos **tu permiso específico**.

#### **D. Abuso y negligencia**

Informaremos de los sospechosos:

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Maltrato o negligencia infantil
- Abuso a personas mayores o adultos vulnerables
- Ciertas formas de violencia doméstica

a las autoridades competentes, según lo requiera la ley.

### E. Según lo exigido por la ley

Divulgaremos la información de información pública cuando lo requiera la **legislación federal, estatal o local**, incluyendo:

- Órdenes judiciales firmadas por un juez
- Ciertos informes de salud pública
- Otros requisitos legales específicos

### F. Para evitar una amenaza seria

Podemos utilizar o divulgar PHI cuando sea necesario para **prevenir o reducir una amenaza grave e inminente** a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad de otros. Solo compartiremos información con alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza (por ejemplo, policía, equipo de crisis, posible víctima).

### G. Actividades de supervisión sanitaria

Podemos divulgar la información de información pública a organismos gubernamentales que supervisan:

- El sistema sanitario
- Programas de prestaciones gubernamentales (por ejemplo, Medicaid/Medicare)
- Cumplimiento de licencias y derechos civiles

### H. Situaciones legales y de aplicación de la ley

- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar la información de información personal si un tribunal nos lo ordena.
- **Fuerzas del orden:** Podemos divulgar la información de información pública cuando:
  - o Denunciar un delito en nuestras instalaciones, o
  - o Responder a una situación inminente y peligrosa, o

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- o Cuando la ley lo requiera.

### I. Forenses

Podemos proporcionar PHI a un médico forense para:

- Identificar a una persona fallecida
- Determinar la causa de la muerte, cuando sea necesario

### J. Reclusos

Si eres **recluso** o estás bajo custodia de las autoridades, podemos divulgar información de PHI a:

- La institución correccional o
- El agente de la ley

Si es necesario para tu cuidado, seguridad o protección.

### K. Compensación para Trabajadores

Podemos divulgar la información de información personal según sea necesario para:

- Cumple con los programas **de Compensación Laboral** o similares cuando tengamos tu Autorización para la Liberación de Información firmada.

### L. Usos y divulgaciones que requieren tu autorización por escrito

Cualquier **uso o divulgación no descrita en este aviso** generalmente **requerirá su autorización por escrito**.

- Tienes derecho a **revocar** una autorización **en cualquier** momento, por escrito.
- Si se revoca, dejaremos de usar o divulgar información bajo esa autorización, salvo en las acciones ya tomadas en base a ella.

### 4. Intercambio de Información Sanitaria (HIE)

NBCC/BCC puede participar en **los Intercambios de Información Sanitaria (HIEs)**, que permiten el intercambio electrónico seguro de PHI con otros proveedores autorizados y planes de salud para:

- Tratamiento

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Pago
- Operaciones sanitarias
- Otros fines permitidos por la ley

La PHI compartida a través de un HIE puede incluir:

- Diagnósticos, medicamentos, alergias
- Resultados de laboratorio
- Inscripción y elegibilidad en el plan de salud

También puede incluir **información sensible**, como información sobre salud mental, información relacionada con el VIH/SIDA e información sobre planificación familiar.

### **La participación es voluntaria y está sujeta a tu derecho a no participar.**

- Si no optas **por no participar**, NBCC/BCC puede compartir tu información con los HIE, según lo permita la ley.
- Si te **das de baja**, tu información **no se compartirá a través de un HIE**, ni siquiera en caso de emergencia.
- Optar por no cancelar no impide compartir PHI a través de otros medios seguros permitidos por la ley (como fax seguro).

Más información:

- Red de Información Sanitaria de Nueva Jersey (NJHIN): <https://www.njii.com/healthcare/new-jersey-health-information-network-njhin/>
- Programa de Monitorización de Recetas en Nueva Jersey (NJPMP): <https://www.njconsumeraffairs.gov/pmp>

Para optar por no compartir datos HIE:

- NBCC (Nuevo Brunswick): 732-246-4025
- BCC (Burlington): 609-267-3610

## **5. Tus derechos respecto a tu información sanitaria**

Tienes los siguientes derechos:

### A. Derecho a inspeccionar y copiar

Puede solicitar **inspeccionar u obtener una copia** de la PHI utilizada para tomar decisiones sobre su atención o pago.

- La solicitud debe **hacerse por escrito** a tu consejero o médico tratante.
- Podemos cobrar una **tarifa razonable** por copias y envío por correo.
- En ciertos casos, podemos denegar su solicitud; Algunas denegaciones pueden ser revisadas por otro profesional con licencia.

### B. Derecho a enmendar

Puede solicitar que **modifiquemos (correctamente)** la PHI si cree que es inexacta o incompleta.

- La solicitud debe estar **por escrito**, con una explicación de por qué crees que es incorrecta.
- Si denegamos tu solicitud, proporcionaremos una **explicación por escrito** y opciones para:
  - o Presentar una **declaración de desacuerdo**, o
  - o Tener tu solicitud y nuestra denegación vinculadas a futuras divulgaciones de esa PHI.

### C. Derecho a una contabilidad de las divulgaciones

Puedes solicitar una **contabilidad (lista)** de ciertas divulgaciones de tu PHI realizadas por NBCC/BCC (sin incluir las divulgaciones de tratamiento, pago u operaciones).

- La solicitud debe hacerse **por escrito** a tu orientador principal.

### D. Derecho a solicitar restricciones

Puede solicitar que limitemos cómo usamos o divulgamos su PHI para tratamiento, pago u operaciones, y/o que no compartamos información con ciertos familiares u otros.

- No estamos obligados a aceptar todas las restricciones solicitadas.
- Si acordamos **por escrito**, debemos cumplir la restricción salvo que se permita cambiarla por ley o acuerdo mutuo.

### E. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitar que nos **pongamos en contacto con usted de una manera o lugar específico**, como:

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Solo en el trabajo
- Solo por correo
- Solo en un número de teléfono concreto
- Las solicitudes deben **hacerse por escrito** a tu consejero o médico.
- No necesitas dar una razón, pero debes especificar claramente **cómo o dónde** debemos contactarte.

### F. Correo electrónico, mensajes de texto y otras comunicaciones

Si decides comunicarte por correo electrónico o mensaje de texto:

- No podemos garantizar que el correo electrónico o el mensaje de texto sea **completamente seguro o confidencial**.
- Las cuentas de correo electrónico compartidas pueden permitir que otros vean tus mensajes.
- NBCC/BCC **no se hacen responsables** de mensajes mal dirigidos, entregados o interrumpidos debido a factores fuera de nuestro control.
- El correo electrónico o el mensaje de texto deben usarse solo para **asuntos rutinarios y no urgentes** , **no** para emergencias o tratamientos clínicos.

### G. Derecho a una copia en papel de este aviso

Puede solicitar una **copia en papel** de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

### 6. Consentimiento y derecho a revocar

Al firmar nuestro formulario de consentimiento, tú:

- Autoriza a NBCC/BCC a **utilizar y divulgar tu PHI** para tratamiento, pago, operaciones y según lo descrito en este aviso.
- Reconoce que te han **ofrecido o te han dado una copia** de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

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

## **D. DERECHOS DEL CLIENTE RESPECTO A LA INFORMACIÓN SANITARIA**

### **Derecho a inspeccionar y copiar**

Tienes derecho a solicitar la oportunidad de inspeccionar o copiar información sanitaria utilizada para tomar decisiones sobre tu atención, ya sean decisiones sobre tu tratamiento o el pago de tu atención.

Debes presentar tu solicitud por escrito con una breve explicación del propósito a tu consejero o médico tratante. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por el coste de copia, envío y suministros asociados a su solicitud.

Podemos denegar tu solicitud para inspeccionar o copiar tu información sanitaria en ciertas circunstancias limitadas. En algunos casos, tendrás derecho a que la denegación sea revisada por un profesional sanitario autorizado que no haya participado directamente en la decisión original de denegar el acceso. Le informaremos por escrito si la denegación de su solicitud puede ser revisada. Una vez completada la revisión, respetaremos la decisión tomada por el revisor profesional sanitario autorizado.

### **Derecho a enmendar**

Mientras mantengamos registros sobre usted, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos cualquier información sanitaria utilizada para tomar decisiones sobre su atención, ya sea sobre su tratamiento o sobre el pago de su atención. Para solicitar una enmienda, debe presentar un documento escrito a nuestro personal, personal de recepción o a su asesor principal y explicarnos por qué considera que la información es incorrecta o inexacta.

Si denegamos su solicitud de enmienda, le enviaremos un aviso escrito de la denegación en el que exponga la base y le ofrecerá la oportunidad de presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación.

Si no desea preparar una declaración escrita de desacuerdo, puede solicitar que la enmienda solicitada y nuestra denegación se adjunten a todas las futuras divulgaciones de la información sanitaria objeto de su solicitud.

Si decides presentar una declaración escrita de desacuerdo, tenemos derecho a preparar una réplica escrita a tu declaración de desacuerdo. En este caso, adjuntaremos la solicitud por escrito y la réplica.

### **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones**

Tiene derecho a solicitar que le proporcionemos un informe de las divulgaciones que hemos hecho sobre su información sanitaria. Pero esta lista no incluirá ciertas divulgaciones de tu información sanitaria, por ejemplo, aquellas que hayamos realizado para tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Para solicitar un informe de las divulgaciones, debes presentar tu solicitud por escrito a tu asesor principal.

### **Derecho a solicitar restricciones**

Tienes derecho a solicitar una restricción sobre la información sanitaria que utilizamos o divulgamos sobre ti para tratamiento, pago o operaciones sanitarias. También puede solicitar que parte (o toda) de su información sanitaria no sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para fines de notificación, según se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Para solicitar una restricción, debe incluirla (con nuestra aprobación) en el Formulario de Consentimiento para Uso o Divulgación o solicitar la restricción por escrito dirigida al Director Ejecutivo.

### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede haber circunstancias que justifiquen la comunicación contigo, por ejemplo, reprogramar una cita o proporcionar un recordatorio de cita. 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 solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por teléfono.

Para solicitar dicha comunicación confidencial, debe hacer su solicitud por escrito a su consejero o médico que le trate. No hace falta que nos des una razón para la petición; Pero tu solicitud debe especificar cómo o dónde deseas ser contactado.

### **Preferencias de comunicación**

Para aquellos clientes que hayan consentido recibir correos electrónicos del Centro de Asesoramiento de New Brunswick, tengan en cuenta que no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de una transmisión por correo electrónico. Si tu correo electrónico es una dirección familiar, otros miembros de la familia pueden ver tus mensajes, por lo tanto, ten en cuenta que envías correos bajo tu propio riesgo.

Debido a los muchos factores de internet y correo electrónico fuera de nuestro control, no podemos hacernos responsables de correos incorrectos, entregados o interrumpidos. NBCC no se hace responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por ti o por un tercero. El correo electrónico es más adecuado para asuntos rutinarios y preguntas sencillas, y no debe usarse con fines de tratamiento ni información sensible. No deberías enviarnos correos electrónicos por situaciones urgentes o de emergencia ni para asuntos que requieran una respuesta inmediata.

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington****Autorizaciones de comunicación**

A continuación se muestran mis preferencias para recibir comunicaciones del Centro de Consejería de New Brunswick. Entiendo que puedo cambiar estas preferencias en cualquier momento.

Consiento recibir comunicaciones del Centro de Asesoramiento de New Brunswick a través de lo siguiente (marque todas las que se apliquen):

- Teléfono
- Buzón de voz
- Texto (entiendo que pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes)
- Correo electrónico (Entiendo que las comunicaciones por correo electrónico no están cifradas y que las direcciones del Centro de Asesoramiento de New Brunswick se identificarán en todas las comunicaciones por correo)
- Correo (entiendo que las comunicaciones se enviarán a la dirección que aparece en el archivo)

**Derecho a una copia en papel de este aviso**

Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

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

## E. CONSENTIMIENTO DE LA ENTIDAD DE GESTIÓN INTERINA (IME)

Yo, el cliente, autorizo al **Centro de Consejería de New Brunswick (NBCC)**, al **Centro de Salud Conductual de la Universidad de Rutgers (UBHC)** en su calidad de **Entidad Gestionada Interina (IME)**, y al **Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey / División de Servicios de Salud Mental y Adicciones (NJ DHS/DMHAS)** a comunicarse y divulgar entre sí información sobre mi tratamiento para el consumo de sustancias.

### Propósito de la divulgación

El propósito de esta divulgación autorizada es:

- Proporcionarme una **atención mejor y más coordinada**, y
- Permitir la **evaluación, manejo y autorización** de mi tratamiento.

Entiendo que la información se intercambiará verbal y electrónicamente a través del **Sistema de Monitorización del Abuso de Sustancias de Nueva Jersey (NJSAMS)**, un sistema informático seguro, y que mi información se mantendrá dentro de NJSAMS.

### Confidencialidad y protecciones legales

Entiendo que mis historiales médicos están protegidos por leyes federales y estatales, incluyendo:

- **42 C.F.R. Parte 2** - Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, y
- **La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)** – 45 C.F.R. Partes 160 y 164.

Mis registros **no pueden ser divulgados sin mi consentimiento** por escrito, salvo que estas leyes y regulaciones lo permitan o exija lo contrario.

### Condiciones de servicio

Lo entiendo:

- Podría ser negado el servicio **si me niego a consentir una divulgación necesaria** para el tratamiento, el pago o las operaciones sanitarias.
- No me **negarán servicios** si me niego a consentir una divulgación por **otros fines** no relacionados con tratamiento, pago o operaciones sanitarias.

Reconozco que me han ofrecido o proporcionado una copia de este formulario.

### Descripción de la información a divulgar / divulgar

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de:

- **Toda mi información de salud**, incluyendo:

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Registros de consumo de sustancias / tratamiento de drogas y/o alcohol
- Historiales médicos
- Registros de tratamiento de salud mental
- Registros de cualquier otra condición para la que pudiera haber recibido tratamiento

Esta autorización incluye cualquier información mantenida en **NJSAMS** relacionada con mi(s) episodio(s) de tratamiento.

### Plazo, expiración y revocación

- Este consentimiento firmado **expirará un (1) año desde mi fecha de alta** de la NBCC (o del episodio de tratamiento correspondiente), y permanecerá vigente hasta esa fecha, salvo que se revoque antes.
- Un recordatorio de mis derechos se enviará **una vez al año**. También puedo solicitar una copia de este consentimiento en cualquier momento a mi consejera principal.
- Entiendo que puedo **revocar este consentimiento en cualquier momento**, salvo en la medida en que ya se haya tomado una medida en base a esta autorización.
- Para revocar este consentimiento, debo notificar por escrito a NBCC (o a mi consejero principal).

### Reconocimiento y firma

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído (o me leí) y entiendo este formulario de consentimiento en mi experiencia.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas han sido respondidas a mi satisfacción.
- Entiendo mis derechos respecto a la confidencialidad de mi consumo de sustancias y mi información sanitaria, así como los límites de esos derechos según la ley aplicable.
- Autorizo voluntariamente la divulgación e intercambio de información como se ha descrito anteriormente.

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

## **F. CONSENTIMIENTO POR TELEMEDICINA**

### **Propósito y visión general**

El New Brunswick Counseling Center (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) ofrecen servicios de asesoramiento y salud conductual a través de telemedicina. La telemedicina permite a los clientes recibir atención utilizando una plataforma de vídeo segura y conforme a la normativa HIPAA.

Este formulario detalla tus derechos, responsabilidades y las condiciones bajo las cuales se prestan los servicios de telemedicina.

Las sesiones de telemedicina se realizan a través del Portal de Telemedicina MyEvolv.

Recibirás un enlace seguro por correo electrónico aproximadamente 10 minutos antes de tu sesión programada.

Las sesiones duran 45 minutos salvo que se indique lo contrario.

### **Tecnología y Acceso**

Necesitarás:

- Una conexión a internet fiable
- Un dispositivo con capacidad de audio y vídeo (ordenador, tableta o smartphone)
- Un espacio privado, libre de distracciones e interrupciones

Las sesiones de telemedicina se realizan a través de MyEvolv, una plataforma compatible con HIPAA que cumple con los requisitos federales y estatales de privacidad.

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

Si tienes problemas técnicos, tu orientador intentará contactarte por teléfono para restablecer la sesión o reprogramar.

Si persisten problemas de conexión, tu terapeuta hará un seguimiento contigo para explorar opciones de cuidado alternativas, que pueden incluir sesiones presenciales.

### **Programación y asistencia**

Las sesiones de telemedicina se realizan con el mismo estándar profesional que las presenciales.

Se espera que:

- Iniciar sesión a tiempo
- Vestidos adecuadamente
- No estar bajo los efectos de drogas o alcohol

Si no te unes a la sesión dentro de los 15 minutos previstos desde la hora programada de inicio, tu orientador puede considerar que la sesión no se presenta.

Las citas perdidas repetidas pueden resultar en:

- Suspensión temporal de los privilegios de telemedicina, y
- Es necesario reanudar las sesiones presenciales para continuar los servicios.

### **Cuando la telemedicina puede no ser apropiada**

La telemedicina puede no ser adecuada para todos los clientes o situaciones. En consulta contigo, tu consejero y supervisión clínica, los servicios de telemedicina pueden limitarse o dejarse de ofrecer si:

- No tienes un entorno seguro, privado ni estable para las sesiones.
- Experimentas una emergencia psiquiátrica o médica que requiere un nivel de atención más alto.
- Se repiten citas perdidas, no participación o problemas técnicos continuos.
- Tu profesional determina que la atención presencial es clínicamente necesaria o más adecuada.

Si se suspende la telemedicina, tu consejero ayudará a coordinar un plan adecuado para la atención continua, que puede incluir tratamiento presencial o derivación a otro profesional.

### **Confidencialidad y privacidad**

La confidencialidad de toda la información de los clientes está protegida por la ley federal y estatal, incluyendo HIPAA, 42 C.F.R. Parte 2 y N.J.A.C. 10:37, según corresponda.

MyEvolv Telehealth es una plataforma segura, pero como con toda tecnología, existen riesgos potenciales (por ejemplo, acceso no autorizado, brechas de datos). NBCC/BCC toma medidas razonables para prevenir tales ocurrencias.

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

Eres responsable de:

- Garantizar que tu ubicación física proporcione suficiente privacidad
- Asegurarse de que no haya personas no autorizadas presentes durante la sesión salvo que su orientador lo apruebe previamente

Está estrictamente prohibida la grabación de sesiones por parte de clientes o personal sin consentimiento previo por escrito.

### **Correo electrónico, teléfono y otras tecnologías**

La comunicación por correo electrónico a través de Microsoft Outlook está cifrada y está destinada únicamente a fines de programación y administración, no para asesoramiento clínico.

Las sesiones de telemedicina no pueden realizarse por teléfono (solo voz) según las normativas del Departamento de Salud de Nueva Jersey, salvo en emergencias cuando estén aprobadas por supervisión clínica y sean coherentes con la normativa vigente.

Los mensajes de texto pueden usarse solo para recordatorios o confirmaciones de citas, no para comunicación clínica ni apoyo en crisis.

### **Derechos del cliente y consentimiento informado**

Al aceptar los servicios de telemedicina, reconoces que:

- Entiendes que las leyes que protegen la confidencialidad (HIPAA, 42 C.F.R. Parte 2 y la ley estatal) también se aplican a la telemedicina.
- Tienes derecho a retener o retirar el consentimiento para la telemedicina en cualquier momento sin afectar tu derecho a cuidados futuros, aunque la forma de atención (por ejemplo, solo presencial) pueda cambiar.
- Entiendes que los resultados de la telemedicina no pueden garantizarse, y que la telemedicina puede tener tanto beneficios como limitaciones.
- Tu proveedor puede modificar o suspender la telemedicina si se considera insegura, clínicamente inapropiada o no lo suficientemente privada/confidencial.
- Aceptas notificar a tu orientador cualquier cambio en tu información de contacto, contacto de emergencia o ubicación física, especialmente antes o al inicio de cada sesión de telemedicina.

### **Procedimientos de emergencia durante sesiones de telemedicina**

Si experimentas una emergencia de salud mental, aceptas tomar una o más de las siguientes acciones de inmediato:

- Llama al 988 (Línea Nacional de Prevención de Suicidio y Crisis)
- Llama al 112
- Ve al servicio de urgencias más cercano

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

- Contacta con tu Persona de Contacto de Emergencia (ECP) que tienes registrada

Aceptas a:

- Proporciona tu dirección física actual al inicio de cada sesión de telemedicina, y
- Identifica:
  - o El hospital/servicio de urgencias más cercano, y
  - o El departamento de policía más cercano a tu ubicación durante la sesión.

Si tu consejero determina que la telemedicina ya no es clínicamente adecuada ni segura, los servicios pasarán a atención presencial u otro nivel de atención adecuado. Recibirás comunicación de seguimiento para ayudar a garantizar tu seguridad y la continuidad del tratamiento.

**Reconocimiento de consentimiento**

He leído y comprendo la información proporcionada anteriormente sobre los servicios de telemedicina en el New Brunswick Counseling Center y en Burlington Comprehensive Counseling. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Acepto voluntariamente participar en servicios de telemedicina a través del Portal de Telesalud MyEvolv bajo los términos descritos en este consentimiento.

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

## G. DIRECTIVA ANTICIPADA

### ¿Qué es una Directiva Anticipada?

Una **directiva anticipada (DA)** es un documento legal que puedes completar para ayudar a garantizar que se respeten tus preferencias de tratamiento médico si no puedes tomar decisiones médicas por tu cuenta.

Si eres **menor de 18 años**, tu **familiar legal** (normalmente un padre o tutor legal) tomará estas decisiones por ti, y no necesitas completar esta sección.

Tu directiva anticipada solo entra en vigor **después de** que un médico te haya evaluado y determinado que no puedes comprender:

- Tu diagnóstico
- Tus opciones de tratamiento
- Los posibles beneficios y riesgos de esas opciones

### Tipos de directivas anticipadas en Nueva Jersey

Nueva Jersey reconoce dos tipos principales de directivas anticipadas. Puedes optar por completar **uno o ambos** de estos:

#### 1. Directiva de Poder de Procuración (Poder Notarial Duradero para la Atención Sanitaria)

Una **directiva de poder** es un documento que utilizas para nombrar a una persona que tome decisiones sanitarias por ti si no puedes tomarlas por ti mismo.

- Esto se aplica tanto si tu incapacidad es **temporal** (por ejemplo, debido a un accidente) como **permanente** (por ejemplo, debido a una enfermedad grave).
- La persona que nombras se llama tu **representante sanitario**.
- Tu representante sanitario es responsable de tomar las mismas decisiones que **tú habrías tomado** dadas las circunstancias, basadas en tus deseos y valores conocidos.
- Si no pueden determinar qué querrías en una situación concreta, deberían basar sus decisiones en **lo que creen que es lo mejor para ti**.

## 2. Directiva de instrucción (Testamento vital)

Una **directiva de instrucción**, a menudo llamada **Testamento Vital**, es un documento que utilizas para informar a tu médico y a tu familia:

- Los tipos de situaciones en las que **querrías o no querrías** un tratamiento que sostenga la vida, y
- Tus **creencias, valores y preferencias generales de cuidado**.

Este documento guía a tu médico y familia cuando deben tomar decisiones sanitarias por ti, incluidas situaciones no específicamente descritas en tu directiva.

### Directrices Anticipadas de Salud Mental

Una **Directiva Anticipada de Salud Mental** es un tipo de directiva anticipada que se centra en **la atención y el tratamiento psiquiátrico**.

Cualquiera puede quedar incapaz de tomar decisiones debido a una enfermedad mental. Las personas que actualmente reciben **tratamiento de salud mental**, o que puedan necesitarlo en el futuro, pueden utilizar un AD en salud mental para:

- Dirigir su **tratamiento futuro**
- Da orientación y tranquilidad a **familiares y amigos**
- Asegúrate de que sus deseos sean conocidos aunque no puedan expresarlos más adelante

### ¿Quién puede ejecutar un AD?

- Año **competente adulto** can execute an AD.
- En Nueva Jersey, esto generalmente significa una persona **de 18 años o más** que **no** tiene tutor legal, o un **menor que ha sido emancipado** (por ejemplo, por orden judicial u otro evento que establezca independencia financiera).

### ¿Puedo cambiar o revocar mi directiva anticipada?

Sí. Puedes cambiar o revocar tu AD **en cualquier** momento mediante:

- Crear una **nueva directiva anticipada**, o

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Informar a un miembro de tu equipo de tratamiento, a tu apoderado, a tu médico o a tu abogado de que quieres cambiarlo o revocarlo.

Si has registrado tu AD en la **División de Servicios de Salud Mental y Adicciones (DMHAS)**, debes notificar a DMHAS si cambias o revocas tu directiva.

Si eres **paciente hospitalario en un centro psiquiátrico**, puedes cambiar o revocar tu AD si tu médico determina que eres **competente** para hacerlo en ese momento.

### ¿Respetarán los hospitales o agencias la Directiva Anticipada?

En general, los hospitales y agencias seguirán **tu directiva anticipada** si:

- Te has vuelto incapaz de tomar decisiones, y
- El tratamiento solicitado está **disponible, es médicamente apropiado y es legal**.

### Un hospital o agencia no puede honrar a un AD si:

- El tratamiento que solicitas no está disponible, ni siquiera con un traslado
- El tratamiento no es **médicamente adecuado** en tu caso
- La directiva violaría **una orden judicial o ley**
- La acción solicitada probablemente te **perjudicaría a ti o a otra persona**

En una **emergencia potencialmente mortal**, puede que no haya tiempo suficiente para revisar tu directiva o contactar con tu apoderado antes de administrar el tratamiento. Sin embargo, tan pronto como la emergencia se estabilice, el hospital o la agencia seguirá a tu AD lo más de cerca posible.

### ¿Hay un formulario especial?

No se requiere un formulario específico. Sin embargo:

- Los hospitales y agencias pueden proporcionar un formulario y ayudarte a completarlo.
- Un miembro de tu equipo de tratamiento o un **defensor entre iguales** puede ayudarte.
- También puedes descargar formularios de la **web de DMHAS** u otras fuentes fiables.

En general, un AD debe ser:

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- **En la escritura**
- **Firmado y fechado**
- Presenciado por al menos **una persona**

Un AD puede incluir:

- El nombre de un **representante de la atención sanitaria o apoderado**, y
- Tus **instrucciones y preferencias específicas** para el tratamiento.

**No** tienes que llevar a tu AD contigo. Puedes:

- Regístrate en **DMHAS** para que pueda accederse a él en caso de emergencia a través de Admisiones Centralizadas en el **609-777-0317**
- Comparte copias con tu **apoderado, familia** y tus **proveedores de tratamiento**

### Recursos útiles

- **DMHAS - Información sobre Directiva Anticipada (inglés/español)**  
[www.state.nj.us/humanservices/dmhas/resources/mental/pad/](http://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/resources/mental/pad/)
- **Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (WRAP)**  
[www.wellnessrecoveryactionplan.com](http://www.wellnessrecoveryactionplan.com)
- **Registro de Directiva Anticipada Psiquiátrica de Nueva Jersey (NJPAD)**  
[www.state.nj.us/humanservices/dmhas/resources/mental/pad/](http://www.state.nj.us/humanservices/dmhas/resources/mental/pad/)
- **División de Salud Mental y Servicios de Adicciones de Nueva Jersey**  
, 222 South Warren Street, apartado postal 700  
Trenton, NJ 08625-0700  
Teléfono: **800-382-6717**
- **Centro Nacional de Recursos sobre Directivas Anticipadas Psiquiátricas** [www.nrc-pad.org](http://www.nrc-pad.org)
- **Colaboración de la Universidad de Temple para la Inclusión Comunitaria**  
<http://tucollaborative.org>
- **El Centro Bazelon de Derecho de la Salud Mental**  
[www.bazelon.org](http://www.bazelon.org)

- **Derechos de las personas con discapacidad**  
en Nueva Jersey [www.drnj.org](http://www.drnj.org)

### **Política de NBCC/BCC sobre Directrices Anticipadas**

La política de NBCC/BCC es aceptar directivas anticipadas **de los clientes**.

Sin embargo, dentro de nuestro nivel de atención y ámbito de práctica:

- El personal **siempre administrará RCP** y
- **Llama al 911** para servicios médicos de emergencia en caso de emergencia médica.

Si compartes tus directivas anticipadas con nosotros:

- Depositaremos **una copia en tu historial médico**, y
- Los proporcionaremos **a los Servicios Médicos de Emergencia** cuando lleguen cuando sea apropiado.

Por favor, ten en cuenta: **el personal de NBCC/BCC siempre reanima** en situaciones de emergencia médica.

### **Jóvenes menores de 18 años**

Para personas **menores de 18 años**:

- En caso de **una emergencia médica o psiquiátrica en el lugar**, se **contactará** inmediatamente con un **padre o tutor**.
- El personal **no acompañará** al joven al hospital.
- Idealmente, el **padre o tutor recibirá al joven en la clínica** para el traslado o lo **recibirá directamente en el hospital**.

### **Cómo NBCC/BCC abordará las directivas anticipadas contigo**

Como parte de la atención de ingreso o continua:

- El personal puede preguntar si **actualmente tienes una directiva anticipada**.
- Si **tienes uno**, puedes optar por **proporcionar una copia** a NBCC/BCC para que se incluya en tu historial médico.

Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Si **no tienes una directiva** anticipada, puedes solicitar **más información** o ayuda, y el personal puede remitirte a recursos y formularios.

No está **obligado** a completar una directiva anticipada para recibir servicios en NBCC/BCC, pero le animamos a considerar sus opciones y a discutir cualquier pregunta con su equipo de tratamiento.

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

## H. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN / ELECCIÓN BENÉFICA

### Aviso de No Discriminación

Ningún proveedor de servicios de consumo de sustancias que reciba fondos federales de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de EE. UU. (SAMHSA) – INCLUYENDO EL New Brunswick Counseling Center (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) – puede discriminarte por motivos de:

- Tu religión
- Tus creencias religiosas
- Tu negativa a tener creencias religiosas
- Tu negativa a participar en cualquier práctica religiosa

No se te puede negar servicios, tratarte de forma diferente ni presionarte para participar en actividades religiosas por tus creencias o falta de ellas.

### Elección benéfica

Bajo las protecciones federales de la Elección Benéfica:

NBCC y BCC pueden no requerirte participar en actividades religiosas (como oración, culto o grupos religiosos) como condición para recibir servicios de tratamiento por consumo de sustancias.

Si te opones al carácter religioso o no religioso de NBCC o BCC, la ley federal te da derecho a solicitar una derivación a otro proveedor cuyos servicios sean más acordes con tus preferencias.

NBCC y BCC están obligados a:

- Toma tu objeción en serio, y
- Ayudarte, en un plazo razonable, a localizar y derivarte a un proveedor de tratamiento alternativo y accesible para el consumo de sustancias cuyos servicios tengan el mismo valor, en la medida en que dichos servicios estén disponibles.

No serás penalizado ni perderás la elegibilidad para los servicios por solicitar dicha derivación.

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

## I. FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE CREDENCIALES DEL CONSEJERO

De acuerdo con la Oficina del Fiscal General de Nueva Jersey, División de Asuntos del Consumidor — las Juntas Estatales de Examinadores de Terapia Matrimonial y Familiar, el Comité de Consejeros de Alcohol y Drogas, el Comité de Examinadores de Consejeros Profesionales y los Examinadores de Trabajo Social (en adelante denominados "el organismo estatal de licencias") — el Centro de Consejería de New Brunswick (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) me han informado de lo siguiente:

De acuerdo con los Reglamentos 13:34-3.3, 13:34C-3.2(e), 13:34C-13.1(g) y 13:44G-3.1, entiendo que:

Puede que reciba servicios de asesoramiento de un miembro del personal que no sea:

- Terapeuta Matrimonial y Familiar Licenciado (LMFT)
- Consejero Profesional Licenciado (LPC)
- Trabajador Social Clínico Licenciado (LCSW)
- Consejero Clínico Licenciado en Alcohol y Drogas (LCADC)

En su lugar, mi consejero puede ser uno de los siguientes, con licencia o acreditación en el Estado de Nueva Jersey:

- Consejero Asociado Licenciado (LAC)
- Terapeuta Asociado de Pareja y Familia (AMFT)
- Trabajador Social Licenciado (LSW)
- Consejero Certificado en Alcohol y Drogas (CADC)
- Consejero en formación
- Un becario matriculado en un programa de máster en una de estas profesiones

Además, entiendo que:

Cualquier consejero de este tipo permanecerá bajo la supervisión clínica de un supervisor debidamente licenciado y/o certificado, según lo exigido por los Reglamentos 13:34-3.3(b), 13:34C-6.2(c), 13:34C-13.1(g) y 13:44G-8.1(g). Los supervisores clínicos tienen acceso a mis historiales de tratamiento, y el clínico supervisor es en última instancia responsable de todos los aspectos de mi tratamiento

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

## **PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES DE J.**

(Quejas / Quejas / Sugerencias)

"Paciente" o "cliente" incluye a la persona que recibe los servicios y, si el cliente es menor de edad, a su padre o tutor legal.

### **Tus derechos**

Tienes derecho a quejarte sobre tus servicios, decisiones de tratamiento o cómo te han tratado sin temor a represalias ni barreras para los servicios.

También puedes hacer sugerencias sobre las normas, normativas o protocolos de la agencia.

Si se te está considerando la baja administrativa, puedes solicitar una "audiencia justa" para revisar la decisión, salvo en casos de comportamiento violento o amenazante.

### **Cómo presentar una queja**

#### **Paso 1 – Habla con tu orientador o personal**

Primero, lleva tu preocupación a la persona que presta tu servicio (tu orientador, enfermero, etc.).

Intentarán reunirse contigo en un plazo de 2 días laborables para hablar de tu preocupación y trabajar en una solución.

Si no te sientes cómodo hablando directamente con ellos, puedes pedir hablar con su supervisor en su lugar.

#### **Paso 2 – Habla con un supervisor**

Si la preocupación no se resuelve con la persona que presta tu servicio, puedes pedir hablar con el supervisor.

Puedes expresar tu queja verbalmente o por escrito.

El supervisor deberá:

- Escucha tus preocupaciones
- Revisar la información relevante
- Habla con el personal implicado según lo necesites

Se debe ofrecer una reunión con el supervisor en un plazo de 5 días laborables.

Tras la reunión, recibirás una respuesta verbal y/o una carta de seguimiento resumiendo el resultado.

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

En la mayoría de los casos, cualquier acción negativa relacionada con tu queja quedará en pausa hasta que se tome una decisión final, salvo que exista un riesgo serio para la salud o la seguridad.

### **Paso 3 – Hablar con el Director del Programa/Departamento**

Si no estás satisfecho con la respuesta del supervisor, puedes pedir hablar con el Director del Programa o del Departamento.

El Director revisará tu queja, hablará con el personal implicado y, si se lo solicita, se reunirá contigo (generalmente en un plazo de unas dos semanas).

Recibirás una respuesta explicando la decisión del Director.

### **Paso 4 – Hablar con el Director Ejecutivo y con agencias externas**

Si aún no estás satisfecho tras hablar con el Director, puedes escribir al Director Ejecutivo.

El Director Ejecutivo será:

- Revisa tu queja
- Ofrecete a reunirse contigo (normalmente dentro de aproximadamente una semana después de la solicitud)
- Te proporcionará una respuesta escrita final

Si el asunto no puede resolverse dentro de la agencia, el Director Ejecutivo te proporcionará información de contacto de agencias externas donde puedas presentar una queja.

### **Recursos externos para quejas (seleccionados)**

Puede contactar con cualquiera de las siguientes personas en cualquier momento:

Líneas Directas de Quejas de Salud  
Mental Región Sur: 609-777-0763  
Región Norte: 973-977-4397

División de Servicios de Salud Mental y Adicciones de Nueva Jersey – Defensor  
del Pueblo Teléfono: 609-438-4321

Línea de quejas para el tratamiento por consumo de sustancias de  
DMHAS Número gratuito: 1-877-712-1868

Administradores de Salud Mental del Condado  
de Middlesex: 732-745-4373  
Condado de Burlington: 609-265-5383

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

Departamento de Niños y Familias – Oficina de Defensa  
Número gratuito: 1-877-543-7864

Línea de Ayuda contra el Maltrato Infantil de Nueva Jersey (24/7)  
1-877-NJ-ABUSE (1-877-652-2873)

Asociación de Salud Mental de NJ (Información y Derivación)  
Sin coste: 1-877-294-HELP (o 1-877-294-4357) o 1-877-285-2844 (recursos locales)

En caso de emergencia, llama siempre al 911 o acude a la sala de urgencias más cercana.

**Reconocimiento del cliente**

He leído y entendido la información anterior sobre el Proceso de Reclamaciones en NBCC/BCC. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Se requerirá una firma al final de este paquete reconociendo la comprensión del Proceso de Reclamaciones.

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

## K. CONSENTIMIENTO PARA EL TEST DE DROGAS

**Nombre del laboratorio:** Laboratorio de Diagnóstico del Atlántico

El Centro de Asesoramiento de New Brunswick (NBCC) y el Burlington Comprehensive Counseling (BCC) utilizan **el cribado de drogas** como parte rutinaria y obligatoria del tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) y de nuestro Programa Solo de Detección de Drogas.

### Protocolo de Cribado de Drogas

- Las pruebas de detección de drogas se utilizan para **monitorizar el progreso del tratamiento** y apoyar la toma de decisiones clínicas.
- Los cribados de fármacos se **recogen in situ** por un **laboratorio contratado** (Atlantic Diagnostics Laboratory) y se envían para su análisis.
- Los análisis de drogas pueden ser **de líquido oral** u **orina** y pueden recogerse:
  - En la **admisión**, y
  - De forma continua (por ejemplo, **semanal, quincenal o mensual**) según determine tu plan de tratamiento y los requisitos del programa.
- **Se requieren pruebas de drogas** para participar en los servicios NBCC/BCC.

### Política de rechazo

- Si te **niegas** a realizar un test de drogas solicitado, se considerará un **resultado "positivo"** a efectos del programa.
- **La negativa** continuada a realizar pruebas de drogas puede resultar en **la interrupción del tratamiento** en esta agencia.

El cribado de drogas está pensado para formar **parte de tu tratamiento**, no como un castigo. Se llevará a cabo de **manera profesional y respetuosa**.

Debes estar **preparado para proporcionar un ejemplar** si el personal lo solicita.

### Información compartida con el laboratorio

Entiendo que NBCC/BCC compartirá la siguiente información con el laboratorio contratado **únicamente para fines de pruebas y presentación de reclamaciones**:

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguridad Social
- Número de Medicaid/Medicare/Seguro (si procede)
- Código(s) diagnóstico(s) y otra información necesaria para la facturación y el procesamiento

Si eres **beneficiario de Medicaid o Medicare**, el laboratorio contratado presentará reclamaciones a tu **compañía de seguros** para el pago de los servicios de detección de drogas.

### Manipulación y manipulación

Cualquier intento de **manipular, sustituir o manipular de alguna manera** una muestra o resultado de un test de drogas puede resultar en:

- Una revisión clínica de tu caso, y
- Posible **despido del programa**, conforme a la política de la agencia.

### Publicación de resultados a entidades externas

Los resultados de los análisis de drogas se consideran **información confidencial de salud** y están protegidos por **la HIPAA y la 42 C.F.R. Parte 2** (cuando proceda).

Cuando sea necesario o solicitado por un **proveedor externo o fuente remitente**, NBCC/BCC solo publicará los resultados de tu prueba de drogas si:

- Existe una **Autorización de Información (ROI)** válida firmada por usted (o su tutor legal, si procede), salvo que la ley lo permita o exija lo contrario.

Ejemplos de entidades externas que pueden recibir resultados con tu autorización firmada incluyen:

- Departamento de Niños y Familias (DCF)
- Iniciativa de Trabajo Primero en Nueva Jersey para el Abuso de Sustancias (WSFAI)
- Tribunal de Recuperación / Tribunal de Drogas
- Libertad condicional / Discurso
- Otras agencias de referencia o entidades de supervisión

**Reconocimientos**

Entiendo la información anterior sobre el cribado de drogas en NBCC/BCC, incluyendo:

- El propósito y los requisitos del cribado de drogas
- Cómo y cuándo se recogen y utilizan los análisis de drogas
- Qué información se comparte con el laboratorio contratado
- Las consecuencias de rechazar o manipular
- Cómo y cuándo pueden compartirse los resultados con entidades externas

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

## L. INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### (Tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual)

El Centro de Consejería de New Brunswick (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) cumplen con las normativas de licencias de Nueva Jersey en materia de cribado e informe de enfermedades transmisibles.

Como lo exige esta normativa:

- NBCC/BCC ofrecen pruebas gratuitas para:
  - Tuberculosis (TB)
  - Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
- Ciertos **resultados positivos deben ser comunicados a los** departamentos de salud locales y/o estatales correspondientes para realizar pruebas de seguimiento, rastreo de contactos cuando sea necesario y ofrecer tratamientos adecuados.

El cribado de enfermedades transmisibles forma parte de:

- La **evaluación inicial de admisión**, y
- **Exámenes físicos anuales posteriores** durante el episodio de tratamiento.

NBCC/BCC utilizan una **herramienta de cribado estandarizada separada** para evaluar tus síntomas actuales, factores de riesgo e historial relacionados con la tuberculosis y las ETS. Esa herramienta guía las decisiones sobre pruebas, derivaciones y seguimiento.

### Síntomas a informar al personal

Por favor, revisa todos los que se aplican y avisa a un miembro del personal o a tu médico si estás experimentando, o has experimentado recientemente, alguno de los siguientes síntomas **lo antes posible**:

- Tos persistente
- Escalofríos
- Pérdida de peso inesperada
- Fiebre
- Fatiga o cansancio inusual
- Pérdida de apetito

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

- Sudores nocturnos
- Antecedentes de una **prueba previa positiva de tuberculosis**
- Antecedentes de una **prueba previa positiva de ETS**

Estos síntomas se utilizan únicamente como **información de cribado** clínico y serán revisados por el personal médico como parte de su evaluación y atención continua.

### **Mascarilla y control de infecciones**

Para proteger la salud y seguridad de todos los pacientes, visitantes y personal:

- Cualquier persona que esté **tosiendo activamente** y/o reporte síntomas sugerentes de tuberculosis puede ser invitada:
  - **Llevar mascarilla** protectora mientras esté en instalaciones NBCC/BCC, y
  - Cooperar con una evaluación médica adicional y/o pruebas hasta que su estado de tuberculosis pueda ser completamente evaluado y confirmado.

Se pueden implementar medidas adicionales de control de infecciones según sea necesario, basándose en la evaluación clínica y las directrices de salud pública.

### **Educación y pruebas para las ETS**

- **La educación sobre ETS** (incluyendo prevención, prácticas sexuales seguras y opciones de tratamiento) **está disponible bajo solicitud.**
- Puedes solicitar que te **deriven para hacerte pruebas de ETS en cualquier momento** durante tu periodo de atención. El personal te ayudará con las derivaciones a los centros de prueba adecuados si no se realizan en el lugar.

### **Confidencialidad e informes**

- Tu información sanitaria, incluidas las pruebas y resultados de tuberculosis y ETS, está protegida bajo **HIPAA y 42 CFR Parte 2** cuando corresponda.

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

- Ciertas enfermedades transmisibles, incluida la tuberculosis y ciertas ETS, son **notificadas legalmente** al Departamento de Salud correspondiente.
- La notificación se realiza de acuerdo con los **requisitos de salud pública de Nueva Jersey** y se utiliza para apoyar el seguimiento de la atención, la vigilancia de la salud pública y la prevención.

Si tiene alguna pregunta sobre la prueba, la notificación o sus derechos sobre enfermedades transmisibles, por favor hable con su **consejero principal, enfermero o proveedor médico**. Pueden proporcionar más información, materiales escritos y derivaciones según sea necesario.

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

## INFORMACIÓN Y NOTIFICACIÓN SOBRE VIH

Entiendo la siguiente información sobre el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y el SIDA:

### 1. Efecto en el sistema inmunitario

Si me infecto con VIH, mi sistema inmunitario se debilitará y podría tener muchas más dificultades para combatir infecciones y enfermedades.

### 2. Tratamiento y pronóstico El

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una condición grave y potencialmente fatal. Sin embargo, **los medicamentos modernos contra el VIH (terapia antirretroviral)** están ayudando a las personas con VIH/SIDA a vivir **vidas más largas y saludables**.

### 3. Cómo se transmite el VIH y cómo reducir el riesgo

- a. El VIH puede transmitirse a otras personas mediante **actividad sexual sin** protección y mediante **el intercambio de agujas u otros equipos de inyección**.
- b. Puedo reducir considerablemente mi riesgo de infección y el riesgo de transmitir el VIH a otros, mediante:
  - i. Practicar **sexo seguro** (usando preservativos y otros métodos de barrera), y
  - ii. **No compartir agujas, jeringuillas ni otros equipos de consumo de drogas.**

### 4. Pruebas de VIH

- a. Puedo hacerme la prueba de VIH analizando una muestra de mi **sangre (u otra muestra aprobada)** para detectar infección por VIH.
- b. **El Centro de Asesoramiento de New Brunswick (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) ofrecen pruebas de VIH en sus instalaciones** como parte de una atención integral, cuando sea clínicamente apropiado y esté disponible.

### 5. Importancia de las pruebas

tempranas Es importante hacerse la prueba **temprana** para detectar infección por VIH por al menos tres razones:

- A) puedo estar infectado y **no saberlo** (el VIH puede no tener síntomas durante mucho tiempo).
- B) Puedo infectar a otros **a menos que tome medidas para protegerlos.**
- C) Si me infecto, necesito **atención médica temprana y asesoramiento** para mantenerme lo más saludable posible y reducir el riesgo de transmitir el VIH a otros.

## 6. Protección contra la

discriminación Si soy VIH positivo (VIH+), o si alguien cree o asume que soy VIH+, es **ilegal** discriminarme en áreas como:

- a. Vivienda
- b. Empleo
- c. Crédito
- d. Servicios públicos
- e. Salud o servicios sociales

## 7. Naturaleza voluntaria de las pruebas de VIH

- a. En la mayoría de los casos, la prueba del VIH es **voluntaria**.
- b. Existen excepciones limitadas (como ciertas personas condenadas por delitos específicos, ciertos menores según la ley estatal o algunas emergencias médicas).
- c. En general, la prueba de VIH solo puede realizarse después de que haya **dado mi consentimiento informado**.

## 8. Pruebas in situ y derivaciones comunitarias

- a. Si decido hacerme una prueba de VIH, podría poder hacerme **la prueba presencial en NBCC/BCC**, cuando se ofrezca y sea clínicamente apropiado.
- b. Si no hay pruebas presenciales disponibles, o si prefiero, puedo ser derivado a una agencia local adecuada donde habrá **asesoramiento tanto previo como post-prueba**, junto con información sobre prevención, tratamiento y apoyo.

## 9. Confidencialidad de la información sobre el VIH

Entiendo que mi información personal sobre el VIH, junto con otra información que mantiene este centro sobre mi tratamiento, es **confidencial** y está protegida por:

- a. **Ley federal (42 C.F.R. Parte 2)**, y
- b. **HIPAA** (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud), especialmente porque estas leyes se aplican al tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y condiciones de salud mental.

## Información y derivaciones de pruebas

Me han informado de que mi **consumo de drogas y/o comportamientos** pueden ponerme en **mayor riesgo** de contraer VIH, y me han recomendado hacerme una **prueba de anticuerpos por** este riesgo. También me han

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

informado de la importancia de hacerse pruebas **anuales de tuberculosis (TB) y hepatitis C**, especialmente si tengo factores de riesgo.

Cuando esté disponible y sea apropiado, **NBCC/BCC puede realizar pruebas de VIH directamente en el lugar** como parte de mi atención.

Además, me han informado de que también podría solicitar pruebas de VIH a través de los siguientes recursos comunitarios:

**El Centro de Asesoramiento de New Brunswick (NBCC)** me aconseja que podría solicitar la prueba del VIH a través de:

- **Teléfono de la Clínica Chandler**  
: 732-235-6700 o 732-235-6717

**Burlington Comprehensive Counseling (BCC)** me aconseja que podría solicitar la prueba de VIH a través de:

- **Departamento de Salud del Condado de Burlington**  
Teléfono: 609-265-5548

Estas agencias pueden proporcionar pruebas de VIH, asesoramiento y derivaciones adicionales según sea necesario.

**Reconocimientos**

Yo, el cliente, he recibido información sobre el VIH, las pruebas de VIH y formas de reducir mi riesgo.

Entiendo que puedo contactar al personal de NBCC/BCC en cualquier momento para:

- Haz preguntas sobre el VIH u otras enfermedades transmisibles, y
- Solicita ayuda con **pruebas de VIH in situ (cuando esté disponible)** o con **derivaciones** para pruebas de VIH, TB y hepatitis C.

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

## **N. POLÍTICA FINANCIERA**

El cliente acepta pagar todos los servicios en su totalidad en el momento en que nos preste la oficina, salvo que se hagan otros arreglos previos.

### **Políticas financieras de los clientes**

Debes presentar una tarjeta de seguro válida en el momento de la admisión y según sea necesario durante toda la atención. Eres responsable de informar al Centro de Asesoramiento de New Brunswick (NBCC) o a Burlington Comprehensive Counseling (BCC) de cualquier cambio en tu seguro (aseguradora, número de póliza, cobertura, etc.).

Te reservas el derecho de optar por no utilizar el seguro contratado y aceptas toda la responsabilidad financiera por los servicios prestados. En este caso, se te exigirá completar una exención y pagar la totalidad de los servicios en el momento en que se presten.

### **Aseguradoras comerciales:**

Eres responsable de obtener cualquier derivación y preautorización requerida por tu plan de seguro.

Facturaremos a las aseguradoras dentro de la red en tu nombre.

Cualquier copago, coseguro, franquicia y saldo pendiente debe ser debido antes de registrarse para tus citas.

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

Tu acuerdo con tu aseguradora es un contrato privado entre tú y la aseguradora. No investigamos rutinariamente por qué una aseguradora no ha pagado ni por qué ha pagado menos de lo previsto.

Si tu aseguradora no ha pagado en un plazo razonable o niega la cobertura, todas las comisiones serán debidas y pagaderas en su totalidad.

### **Medicare:**

Nuestra oficina es un proveedor participante de Medicare y facturaremos a Medicare en tu nombre.

Cualquier franquicia, importe de co-seguro o servicios no cubiertos son tu responsabilidad y se pagarán a medida que se presten los servicios.

### **Medicaid:**

Nuestra oficina es un proveedor participante en Medicaid y facturaremos a Medicaid en tu nombre.

Eres responsable de informarnos de cualquier cambio en tu elegibilidad para Medicaid o en tu plan de atención gestionada.

Cualquier servicio no cubierto o denegado por pérdida de elegibilidad puede convertirse en tu responsabilidad financiera según lo permitan la ley y las normas del plan.

### **Seguro fuera de la red:**

Si no estamos en la red de tu aseguradora, eres responsable de pagar la tarifa en el momento del servicio.

A petición, puedes presentar reclamaciones a tu compañía de seguros para un posible reembolso, sujeto a los beneficios fuera de la red de tu plan.

### **Pagos y Cobros**

Los estados de saldo de los clientes se enviarán mensualmente. Por favor, pague cualquier saldo que aparezca en su extracto en un plazo de 15 días para mantener su cuenta en buen estado.

Si necesitas un plan de pagos, puedes contactar con el departamento de facturación para discutir las opciones.

## Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

Los saldos impagados pueden poner en peligro tu estatus como cliente, y tu caso puede quedar en pausa o cerrado hasta que se realicen los acuerdos de pago.

Nuestra oficina acepta las siguientes formas de pago: efectivo y tarjetas de crédito (y cualquier otro método que decidas añadir, por ejemplo, tarjetas de débito, HSA).

Si tu saldo no se paga según los términos de esta póliza:

- Nuestra oficina puede derivar tu cuenta a una agencia de cobro externa.
- Si tu cuenta es transferida para cobros, aceptas pagar todas las tasas adicionales incurridas en la cobranza de la deuda, incluidas las tasas de agencia de cobro y honorarios razonables de abogado, según lo permita la ley.

El cliente es en última instancia responsable de todos los honorarios por los servicios prestados.

Al recibir servicios, reconoces que has leído, entendido y aceptado la política financiera anterior para el pago de honorarios profesionales.

### **Política de cancelación / citas perdidas**

Una vez programado un servicio de asesoramiento o clínico, se reserva un tiempo específico para ti. Es extremadamente importante que cumplas con tu cita, ya que las citas perdidas impiden que otros reciban servicios y aumentan los costes del programa.

Si no puede cumplir con su cita, por favor llame al menos con 24 horas de antelación para que su tiempo pueda ser ofrecido a otro cliente.

No se pueden ofrecer servicios continuos a clientes que frecuentemente faltan o cancelan citas sin aviso adecuado.

### **Citas perdidas o canceladas tarde**

Se espera que el pago se realice en el momento de cada visita.

El Centro de Asesoramiento de New Brunswick / Burlington Comprehensive Counseling puede cobrar una tasa por citas que se pierdan o cancelen sin previo aviso de 24 horas, salvo cuando lo prohíba tu seguro o la ley.

**Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington**

Las citas perdidas repetidas y/o el impago de tasas pueden resultar en:

- Las citas se realizan solo en estado de atención el mismo día o sin cita previa, y/o
- Suspensión o terminación de servicios, ofreciéndose las derivaciones adecuadas.

**Reconocimiento del cliente**

He leído y entiendo la Política Financiera y la Política de Cancelación/Cita Perdida del New Brunswick Counseling Center / Burlington Comprehensive Counseling. Acepto cumplir con estas políticas y entiendo que, en última instancia, soy responsable de todas las tarifas por servicios prestados, de acuerdo con mi cobertura de seguro y las leyes aplicables.

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

**Reconocimiento**

Esto es para reconocer que he recibido y revisado el contenido de la documentación de admisión de NBCC/BCC. Tienes derecho a una copia en papel de este paquete y de todos los formularios incluidos. Por favor, háznos saber si desea una copia. Además, por favor firme a continuación para indicar que ha revisado y comprendido el contenido de este paquete:

**Nombre del cliente (impreso):** \_\_\_\_\_

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

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

**SOLO USO EN OFICINA — No escribas debajo de esta línea**

\_\_\_\_\_

**Nombre del personal (Impreso):** \_\_\_\_\_

**Firma del personal:** \_\_\_\_\_

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

## UBICACIONES, HORARIOS DE ACTIVIDADES Y NÚMERO DE TELÉFONO

### Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick

320 Suydam Street, Nuevo Brunswick, NJ 08901

Teléfono: 732-246-4025

Fax: 732-246-1214

#### Horario de tutoría regular\*:

Lunes a jueves: 6:00-18:00

Viernes: 6:00-13:30

Sábado: 6:00-9:00 AM (por  
nombramiento)

Domingos y festivos: Cerrado

#### Horario de medicación:

Lunes a viernes: 6:00-12:00 PM

Sábado: 6:00-9:00

Domingos y festivos: Cerrado

Emergencia que pone en peligro la vida: 911

Línea de Ayuda para Suicidio y Crisis: 988

### Asesoramiento Integral en Burlington

605 High Street, Mt. Holly, NJ 08060

Teléfono: 609-267-3610

Fax: 609-267-9692

#### Horario de tutoría regular\*:

Lunes – jueves: 6:00-15:00

Viernes: 18:00-13:30

Sábado: 6:30-10:30 (con cita previa)

Domingos y festivos: Cerrado

#### Horario de medicación:

Lunes – viernes: 6:00-11:00

Sábado: 6:30-10:00 (con cita previa)

Domingos y festivos: Cerrado

Emergencia que pone en peligro la vida: 911

Línea de Ayuda para Suicidio y Crisis: 988

\*Incluye asesoramiento individual, sesiones grupales, consulta intensiva ambulatoria, asesoramiento sobre VIH, evaluaciones de ingreso, cribados de ingreso, gestión de casos y citas médicas.

Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral de Burlington

**CENTRO DE ASESORAMIENTO DE NUEVO BRUNSWICK Y LIDERAZGO  
INTEGRAL EN ASESORAMIENTO EN BURLINGTON**

**Sandra Lutomski, LCSW, LCADC**

*Director Ejecutivo*

**Dr. Henry Scharf, MD**

*Director Médico, Nuevo Brunswick*

**Dr. Marshall Lauer, MD**

*Director Médico, Burlington*

**Ami Davey, RN**

*Director de Enfermería, Nuevo Brunswick*

**Donna Kensler, RN**

*Director de Enfermería, Burlington*

**Dr. Allen Blasucci, PsyD, LCADC**

*Psicólogo clínico y gestor*

**Lori Sonenblum, LCSW, LCADC**

*Director Clínico*

**Adaugo Nwaogwugwu, APN**

*Enfermera de Práctica Avanzada en Psiquiatría*

**Paul Abbey, LCSW**

*Supervisor Clínico*

**Susan Bosakowski,**

*supervisora clínica de LCSW*

**Stephanie Riordan, LPC, LCADC**

*Supervisor Clínico*

**¡GRACIAS POR ELEGIR NEW BRUNSWICK COUNSELING CENTER Y BURLINGTON  
COMPREHENSIVE COUNSELING PARA TUS NECESIDADES DE SALUD CONDUCTUAL!**

