La Mancomunidad de Massachusetts

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos Departamento de Salud Pública

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

MAURA T. HEALEY

Gobernador

KIMBERLEY DRISCOLL

Vicegobernadora

KATHLEEN E. WALSH

Secretaria

ROBERT GOLDSTEIN, MD, PhD

Comisionada

**Tel: 617-624-6000**

[**www.mass.gov/dph**](http://www.mass.gov/dph)

CONOZCA SUS DERECHOS COMO PACIENTE

El propósito de este formulario es reportar cualquier queja **específicamente relacionada con los servicios por trastorno de abuso de sustancias** que usted reciba durante el tiempo que esté encarcelado/a.

Los registros de su tratamiento por trastorno de abuso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas la Parte 2 del título 42 del C.F.R. y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), Partes 160 y 164 del título 45 del C.F.R: Estos registros no pueden ser divulgados sin su consentimiento por escrito a menos que la ley disponga algo diferente.

Para que BSAS pueda hacer el seguimiento de los reclamos que usted ha presentado, es necesario su consentimiento. Tiene las siguientes opciones:

Autorizo a BSAS a usar mi información con este fin específico para investigar mis reclamos. Por favor complete la totalidad de la información de divulgación en la página 3.

# No autorizo a BSAS a usar mi información con este fin específico.

Tenga en cuenta que si no autoriza a BSAS a usar su información, puede verse limitada nuestra capacidad de reunir información adicional necesaria para tratar su reclamo.

Los reclamos pueden presentarse de las siguientes maneras:

# LÍNEA CONFIDENCIAL DE RECLAMOS:

(617) 624-5171

# DIRECCIÓN DE CORREO:

Quality Assurance and Licensing Unit - CIS BSAS

Departamento de Salud Pública 250 Washington St. 3rd Floor Boston, MA 02108-4619

**NÚMERO DE FAX CONFIDENCIAL:** (781) 887-8787

Revised: AUGUST 2023

For Internal Use Only

Received by: Date:

Complaint #:

**Formulario de reclamo de BSAS para entornos correccionales**

**Nombre del informante: Fecha:**

**Información de contacto del informante (si corresponde):**

**Tipo de informante:**

Persona/paciente encarcelado

Otro

**Servicio de medicamentos:**

Metadona

Buprenorfina

Vivitrol

**Servicio clínico:**

Orientación

Manejo de caso

Servicios de readmisión

**Domicilio/Ubicación del servicio: Fecha del/los incidente/s: Documentos relevantes adjuntos:**

**Naturaleza del informe**

**¿Quién estuvo involucrado?**

**¿Qué sucedió?**

¿Se ha presentado una denuncia? En caso afirmativo, ¿qué acciones se han seguido?

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

**Paciente Nombre , autoriza al Departamento de Salud Pública, Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias (BSAS) a usar la información antes indicada para realizar una investigación relacionada con la naturaleza del reclamo relacionado con el prestador del servicio**

 **(indicar nombre del prestador).**

**Este consentimiento para divulgar información puede ser revocado verbalmente o por escrito en cualquier momento, salvo que la información hubiera sido divulgada previamente.**

**Esta divulgación es válida durante el periodo que BSAS necesite para completar las actividades de investigación relacionadas con el reclamo (sin superar los 3 años desde la fecha que aparece abajo) o en la fecha según lo indicado por el paciente.**

**Firma del paciente**

**Fecha de firma**