



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

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

For Internal Use Only

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 _____