

HILLSIDE FAMILY OF AGENCIES

Hillside Children's Center
Snell Farm Children's Center
Stillwater Children's Center

Nota de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR EXAMINE ESTE AVISO CON CUIDADO

**Si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso,
por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad**

Este aviso describe como la información médica sobre usted y/o su familia puede ser usada y revelada por Hillside Family de Agencias (HFA) y sus Afiliados, y como usted y/o su representante legal pueden conseguir la información sobre cuidado y servicios dados a usted por HFA.

La privacidad del cliente es importante para HFA. Somos requeridos por la ley federal y estatal y declaramos la ley para mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida (PHI) hasta e incluso 50 años después de su muerte y proveer a individuos del aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI. El PHI es la información oral, escrita o electrónica que puede identificar usted y su familia que está relacionada con su pasado, salud/condición físico/mental presente o futuro y servicios de asistencia médica relacionados.

El Aviso de Prácticas de Privacidad ("Notice") describe como nosotros podemos usar y revelar su PHI para realizar tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica y/o para otros objetivos especificados que son permitidos o requeridos según la ley.

Se requiere que nosotros cumplamos con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y este Aviso y hacer el nuevo Aviso eficaz para todo PHI que mantenemos. No revelaremos su PHI sin su autorización escrita, excepto como descrito en este Aviso. Sobre la petición, le proporcionaremos un Aviso revisado.

1. Lo siguiente es un resumen de las circunstancias en las cuales y objetivos para cual su PHI puede ser usado y revelado SÓLO después de que usted ha proporcionado su consentimiento escrito para el tratamiento.

- a) **Para Proporcionar el Tratamiento** - la Agencia puede usar su información de salud para coordinar el cuidado dentro de la Agencia y con otros implicados en su cuidado como planificadores de servicio, otros miembros de equipo de tratamiento y otros profesionales que han consentido en asistir a la agencia en la coordinación del cuidado. La Agencia también puede revelar su información de salud a individuos fuera de la Agencia implicada en su cuidado incluso miembros de familia, farmacéuticos, los proveedores del equipo médico u otros profesionales de asistencia médica que pueden tener una necesidad de saber su PHI a fin de proporcionar el cuidado.
- b) **Para el Pago** - la Agencia puede incluir su información de salud en facturas para obtener el pago para servicios proporcionados a usted. Su información de salud puede ser proporcionada a los servicios de facturación y/o pagadores de tercero como necesario coleccionar el pago. Por ejemplo, HFA puede tener que proveer el Seguro de enfermedad de la información sobre los servicios que usted recibió, obtener la aprobación previa del asegurador y puede tener que explicar al asegurador la necesidad de servicios continuados.
- c) **Para Operaciones de Asistencia Médica** - la Agencia puede usar y revelar la información de salud para sus propias operaciones a fin de facilitar las funciones de la Agencia y si es necesario proporcionar calidad se preocupan a todo su cliente como requerido según la ley. Las operaciones de asistencia médica incluyen tales actividades como, pero no son limitadas con :
 - * Evaluación de calidad y actividades de mejora, examine y revisión, incluso revisiones de conformidad, revisiones médicas, servicios legales y programas de conformidad.
 - * Evaluaciones de empleados HFA.
 - * El estudiante de formación interna, licenciamiento, Mercadotecnia y actividades organizadas para recaudar fondos.
 - * "Los socios" de tercero que realizan varias actividades (p.ej habilidad que construye actividades) para la agencia. Siempre que un arreglo entre nuestra agencia y un socio implique el uso o la

revelación de PHI, tendremos un contrato escrito que contiene términos que protegerán la intimidad de su PHI.

- * La Agencia puede usar y revelar su información de salud para ponerse en contacto con usted como un recordatorio que tiene una cita.

2. Lo siguiente es un resumen de las circunstancias en las cuales y objetivos para cual usted es PHI puede ser usado y revelado SIN LA PRIMERA RECEPCIÓN de su consentimiento escrito.

a) **Requerido según la ley.** La Agencia revelará su información de salud cuando se requiere que ello haga así según cualquier ley Federal, Estatal o local, el uso o la revelación serán hechos conforme a la ley y limitados con las exigencias de la ley.

b) **Cuando hay riesgos a la salud pública.** La Agencia puede revelar su PHI por motivos de salud públicos y/o a fin a, pero no limitada con lo siguiente:

1. Prevenir o controlar la enfermedad, la herida, o la invalidez, y también el reportaje de la enfermedad (es).
2. Acontecimientos vitales como nacimiento y muerte.
3. La conducta de vigilancia de salud pública, investigaciones e intervenciones.
4. Relatar acontecimientos adversos, defectos de producto, rastrear productos o permitir memorias de productos, reparaciones y reemplazos y conducir la vigilancia de post-mercadeo y la conformidad con exigencias de la Administración de Drogas y Alimentos
5. Notifique a una persona que ha sido expuesta a una enfermedad comunicable o quién puede ser en peligro de contracción o extensión de una enfermedad.
6. El Notifica un patrón sobre un individuo que es un miembro del personal como legalmente requerido.
7. A una agencia del gobierno extranjera que colabora con las autoridades de salud públicas.

c) **Abuso, Abandono o Violencia Doméstica** - se requiere Que la Agencia según la ley notifique autoridades gubernamentales si la Agencia cree que el cliente es la víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. La Agencia hará esta revelación sólo cuando expresamente requerido o autorizado según la ley.

El HFA es un reportero encomendado para incidentes sospechados del abuso/abandono de niño. Esto es la responsabilidad del HFA de notificar la línea directa de abuso de niño local/estatal si un niño es sospechado de ser abusado o descuidado sin tener en cuenta la fuente del abuso/abandono. La documentación de estos incidentes presuntos es tratada como muy sensible y muy confidencial.

d) **Actividades de Descuido de Salud** - la Agencia puede revelar su información de salud a una agencia de descuido de salud como requerido según la ley, incluso auditorías, investigaciones administrativas o criminales civiles, programas de ventaja del gobierno, programas reguladores del gobierno, inspecciones, licencias o acción disciplinaria. La Agencia sin embargo, puede no revelar su información de salud, si usted es el sujeto de una investigación y su información de salud no está directamente relacionada con su recibo de asistencia médica o ventajas públicas.

e) **El tribunal y el Procedimiento Administrativo** - la Agencia pueden revelar su información de salud en respuesta a una orden judicial o una citación.

f) **Objetivos de aplicación de la ley** - Como permitido o requerido según la ley Estatal, la Agencia puede revelar su información de salud a un policía para la cierta aplicación de la ley propósito como:

- * El cumplimiento con un proceso legal (p.ej citación)

- * Información con el propósito para identificación y posición (p.ej, sospeche o desaparecido);
- * La información en cuanto a una persona que es o es sospechada ser una víctima de delito;
- * En situaciones donde la muerte de un individuo puede haber resultado de la conducta criminal;
- * En caso de un delito que ocurre dentro del local de HFA;
- * Una emergencia médica (no en la propiedad HFA) ha ocurrido, y parece que un delito ha ocurrido;

- * Una emergencia médica que ocurre en local HFA (Detenciones de Higiene p.ej Mentales o accidente/herida).
 - * A un juez de instrucción o examinador médico para identificación de usted o determinación de su causa de muerte, o a un empresario de pompas fúnebres como permitido según la ley y si es necesario realizar sus deberes.
 - * HFA puede compartir su información a oficiales federal autorizado para conducir actividades de inteligencia y seguridad nacional.
- g) **Presidarios** - la Agencia puede compartir su información a una institución/policía correccional si usted es un presidiario de aquella instalación correccional y su información es necesaria para proveerle de cuidado y tratamiento o es necesaria para la salud y la seguridad de otros individuos o presidiarios.
- h) **En caso de una Amenaza Seria para Salud o Seguridad** - la Agencia puede, consecuente con estándares de la ley y éticos aplicables de la conducta revelan su información de salud si la Agencia, de buena fe, cree que tal revelación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente para su salud o seguridad o para la salud y la seguridad del público.
- i) **Emergencias** - la Agencia puede compartir al cliente PHI en una situación de tratamiento de emergencia. Si el tratamiento es requerido según la ley y el abastecedor es incapaz de obtener el consentimiento de cliente, la información sólo será usada hasta el punto del tratamiento de emergencia entonces.
- j) **Las Barreras de comunicación** - la Agencia pueden usar o compartir su información con un intérprete o traductor.
- k) **La Hoja de firmar**- la Agencia puede usar una firmar-el-registro-hoja en la recepción. Su nombre puede ser llamado en la sala de espera cuando su planificador de servicio o médico están listos a verle.
- l) **Alternativas/Ventajas de Tratamiento** - HFA puede ponerse en contacto con usted sobre alternativas de tratamiento, u otras ventajas de salud o servicios que pueden ser del interés para usted.
- m) **De guardia la Cobertura** - a Fin de proporcionar de guardia cobertura para usted es necesario que HFA establezcan relaciones con otros abastecedores de organización/agencias/asistencia médica que tomarán sus llamadas fuera de horario o si su planificador de servicio no está disponible. de guardia el personal proveerá HFA de cualquier PHI que ellos crean y, por el acuerdo, guardarán su confidencial PHI.
- n) **Información de identificada** - la Agencia puede usar la información de sus archivos que no le identifica. Por ejemplo su nombre, dirección, o cualquier otra identidad personal serán quitados antes de usar la información.
- o) **Representante Personal** - la Agencia puede revelar su PHI a su representante legal que le representará y le ayudará en tomar decisiones de asistencia médica.
- p) **Censo Federal** - la Agencia liberará la información al gobierno federal de acuerdo con revisiones de censo EU si su niño resulta estar en unas colocaciones residenciales en el momento del censo.

3) **Lo siguiente es un resumen de las circunstancias en las cuales y objetivos para cual su PHI puede ser usada y revelada con su autorización escrita SÓLO. Cualquier circunstancia no puesta en una lista abajo siempre requerirá su autorización antes de la revelación.**

Usted puede decidir estar de acuerdo o oponerse con los usos o las revelaciones del su PHI en los artículos puestos en una lista abajo. Este no afectará su tratamiento o servicios de asistencia médica proporcionados a usted por HFA. Los usos y/o las revelaciones, además de aquellos descritos encima, no serán revelados además de con su escrito autorización. Usted o su representante legal personal pueden anular la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto al grado que HFA ha confiado en la información para tratamiento, pago o sus actividades económicas.

- a) **Venta de PHI:** el HFA no envuelve en la práctica de vender su PHI a cualquier individuo, corporación, entidad o agencia. La venta de PHI no incluye la revelación de la información protegida:
- * para objetivos de salud públicos

- * para objetivos de investigación en casos donde hay un coste razonable asociado con preparación y transmisión de la información
- * para tratamiento y objetivos de pago
- * para la venta, fusión, la transferencia de la consolidación de HFA con otra agencia cuando está relacionado con la diligencia debida legal
- * a un socio de HFA que realiza ciertas actividades para HFA y las sumas pagadas son usado para cubrir el coste de aquellas actividades

- b) **Mercadeo:** HFA puede usar información sobre usted o su PHI para actividades de mercadotecnia de parte de la Agencia. La Agencia se pondrá en contacto con usted para solicitar su participación para tales objetivos. HFA obtendrá su autorización previa antes de liberar cualquier PHI a un auditorio público.
- c) **Recaudación de fondos:** el HFA puede usar su PHI dentro de nuestra agencia y/o sus afiliados (o en la sociedad con un Socio) para identificar a ciertos individuos que han participado en un programa en HFA y estarían interesados en DOB, la fecha de servicio, programa, resultados de descarga, tratando la información de médico/clínico. El HFA puede ponerse en contacto con usted para determinar si usted o su familia estarían interesados en la donación a HFA. Si usted es puesto en contacto y pedido donar a HFA, usted será proveído de un modo seguro, fácil de usar, barato de optar de más lejos comunicaciones relacionado con la donación. Usted también será proveído de la información en como optar atrás en a futuras peticiones de donación le deberían decidir que usted desea recibir peticiones de donación.

De vez en cuando el HFA puede usar la información sobre usted o su PHI para actividades organizadas para recaudar fondos en la comunidad de parte de la Agencia. La Agencia se pondrá en contacto con usted para solicitar su participación para tales objetivos. El HFA obtendrá su autorización previa antes de liberar cualquier PHI a un auditorio de comunidad/público.

- d) **Familia y/o Amigos:** se requiere que el HFA según la ley no confirme o niegue los servicios recibidos por usted a cualquier miembro de familia o amigos. Tal como resultó después donde los miembros de familia del cliente o los amigos buscan tal información, el personal de HFA tomará su nombre y numerará, verificará identidad de la persona con el clínico y el derecho de la persona de tener esta información y luego los llamará para dar la información, o ellos los dirigirán para ponerse en contacto con usted. Pase lo que pase ninguna información será la parte a menos que usted haya autorizado HFA para compartir su PHI con la persona y luego sólo el que usted ha autorizado será compartido. En caso de que usted muera mientras en el programa en HFA, HFA puede revelar su PHI a los miembros de familia y otros que estaban envueltos en el cuidado o pago para el cuidado de usted antes de su muerte, a menos que compartiendo su PHI fuera al contrario de su previamente expresado deseos. Este no incluye PHI en problemas médicos sin relaciones pasados. Un miembro de familia es descrito como: su niño adulto, su cónyuge, padre (s) / hermano, abuelo/nieto, tía/tío, sobrino/sobrino, gran abuelo/bisnieto, gran tía / gran tío, gran sobrina sobrino/gran, gran abuelo / gran bisnieto, primos hermanos y niños de primos hermanos.
- e) **Menores:** En la mayor parte de casos, un menor es definido como 'una persona menor de edad de 18'. A pesar esta definición, algunos programas pueden tener exigencias adicionales en cuanto a ciertos derechos a la juventud menor de edad de 18. En la mayor parte de situaciones, cuando una juventud gira a 18 años, ellos son los únicos autorizados del uso y revelación de su información de salud protegida. Las excepciones a este pueden incluir el VIH/Recursos, planificación familiar (incluso preventivo, embarazo y/o nacimiento), enfermedades de transmisión sexual (el STD'S), medicina y alcohol, un poco de salud mental, y el cuidado de emergencia relacionó PHI. En estos casos, aunque una juventud pueda ser menor de edad de 18, puede ser necesario obtener su permiso de autorizar el uso y/o la revelación de su PHI.
- f) **Actividades/Acontecimientos:** HFA puede patrocinar algunos acontecimientos o actividades donde personal HFA o los miembros de familia del cliente puede tomar fotos, videos, imágenes visuales o de audio que podrían identificar al cliente o la familia de cliente como el receptor de los servicios de HFA. Esta información puede ser hecha público dentro de HFA o al gran público. Se requiere que el HFA según la ley obtenga la autorización escrita del cliente y la familia de cliente para este fin cuando HFA es responsable de tomar fotos, videos, imágenes visuales o de audio. la autorización escrita sólo será limitada con los artículos en esta sección el cliente PHI no será revelado.
- e) **Personal y/o Educación de Familia:** el personal de HFA puede la cinta de vídeo/de audio una sesión de familia para la educación de familia y/o personal. la cinta de vídeo/de audio no será guardada en el archivo de cliente; será asegurado en oficinas cerradas con llave y será destruido después de que el objetivo es completado.
- f) **Clero:** el HFA puede revelar su afiliación religiosa a miembros del clero asociado con HFA.

4. Lo siguiente es un resumen de las circunstancias en las cuales y objetivos para cual su PHI puede ser usado y revelado con su contrato de palabra SÓLO.

- a) **Historia de Inmunización de Estudiante a Escuela:** la ley estatal requiere que cualquier estudiante que se matricula en una escuela debiera proporcionar la prueba de la historia de inmunización a la escuela de solicitud. En caso de que usted desee que HFA proporcione su historia de inmunización, su acuerdo (verbal, escrito, o correo electrónico) será obtenido y documentado en su registro antes del suministro de la historia de inmunización a la escuela- su firma no es requerida. Usted puede revocar su acuerdo en cualquier momento notificando a su proveedor de servicio. Los menores (menor de edad de 18) pueden no estar de acuerdo con su historia de inmunización dada a una escuela - el guarda sólo paternal/legal o la persona que actúa en *parentis loco* pueden estar de acuerdo.

5. Sus derechos con respecto a su información de salud:

Usted tiene los derechos siguientes en cuanto a su información de salud que la Agencia mantiene:

- a) **Derecho de Anular o Restringir:**
- (1) Usted puede solicitar para anular una autorización de liberar la información y/o restringir el uso y la revelación de su y/o la su información de miembro de familia en cualquier momento. La petición debe ser presentada por escrito. Su petición debe declarar las restricciones específicas solicitadas a un registro o una persona a quien usted es restringe y/o completamente negando al acceso. Usted tiene un derecho de solicitar un límite en la revelación de la Agencia de su información de salud a miembros de familia o amigos, alguien que está implicado en su cuidado o el pago de su cuidado. Sin embargo, no se requiere que la Agencia esté de acuerdo con su petición. Si la Agencia lo cree está en su mejor interés para permitir el uso y la revelación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será la restricción, nosotros podemos no usar o revelar su información de salud protegida a menos que sea necesario proporcionar el tratamiento de emergencia.
 - (2) Usted tiene la revelación derecha de PHI a su portador de seguro médico cuando pertenecer a un artículo de asistencia médica o servicio que ha sido pagado en su totalidad además de por el portador de seguro médico. Por ejemplo si usted desea pagar del bolsillo para un programa/servicio y no querer que HFA comparta la información sobre el programa/servicio con su portador de seguros de salud entonces HFA estará de acuerdo con su petición.
 - (3) Si usted desea hacer una petición de la restricción o anular una autorización, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad HFA en 585-256-7500.
- b) **Derecho de recibir comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que la Agencia se comunique con usted de un cierto modo. Por ejemplo usted puede preguntar que la Agencia sólo conduzca comunicaciones que pertenecen a su información de salud con usted en privado y sin otro presente de miembros de familia. Usted tiene un derecho para comunicación confidencial o información por medios alternativos o en posiciones alternativas, se pone en contacto vía correo electrónico, fax, o teléfono. El personal de HFA hará todo lo posible honrar y realizar cualquier petición razonable según política corriente y procedimientos para acomodarle. Todas tales peticiones mencionadas en esta sección deben ser hechas por ponerse en contacto con su abastecedor de servicio.
- c) **Derecho de inspeccionar y/o copiar su información de salud** - Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su salud información. El HFA requiere que usted haga todas las peticiones para inspeccionar y obtenga copias de su información de salud por escrito a la planificación de Estrategia y Departamento de Garantía de Calidad. Usted puede ser cargado unos honorarios para cubrir el costo de copia, provisiones, franqueo etc. asociado con su petición. Cuando una petición del acceso a la información de salud es recibida, será interpretado sobre dentro de treinta (30) días si la información solicitada es mantenida y accesible en el sitio. Los marcos de tiempo declarados encima pueden ser ampliados un tiempo durante no más que treinta (30) días. Si la extensión es necesaria, HFA proveerá al individuo de una declaración escrita que especifica los motivos de la tardanza y la fecha por la cual el individuo puede esperar recibir el acceso a la información de salud para la inspección y/o obtener una copia.

Usted tiene el derecho de solicitar que su información ser producido en un formato electrónico (Correo electrónico, CD/DVD, Paseo de Salto, etc.) al grado que HFA tiene la información en un formato electrónico. La información que es encontrada actualmente en el formato de papel le será dada en el formato de papel. El HFA trabajará con usted para determinar qué formato electrónico usted preferiría. Si el formato que usted prefiere no es un formato que HFA puede producir, HFA va a mínimo proporcionar la información en la forma de papel si no en un formato electrónico alternativo.

Conforme a la ley federal sin embargo, usted no puede inspeccionar u obtener una copia de los archivos siguientes: notas de psicoterapia, la información compiló en la anticipación razonable del uso en una acción civil, criminal o administrativa o procedimiento, e información de salud protegida que es sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida. Según las circunstancias, una decisión de negar acceso puede ser revisada. Usted puede tener el derecho de tener esta decisión revisada como perfilado más totalmente en el aviso de desmentido escrito.

- d) **Derecho de enmendar información de salud:** usted y su representante legal tienen el derecho de solicitar que la Agencia enmienda sus archivos si usted cree que su información de salud es incorrecta o incompleta. La petición para enmendar sus archivos debe ser hecha por escrito. El HFA hará todo lo posible para acomodar su petición. El HFA puede negar su petición si la información que usted solicitó no es la parte de los archivos del HFA, si la información de salud que usted desea enmendar no es la parte de la información de salud usted solicitó no es la parte de los archivos del HFA, si la información de salud usted desea enmendarse no es la parte de la información de salud para usted o su representante les permiten inspeccionar una copia, o si en la opinión de la Agencia, los archivos que contienen su información de salud son exactos y completos. Si negamos su petición de la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración escrita del desacuerdo con HFA, y HFA responderá a su declaración. El HFA le proveerá de una copia de la respuesta.
- e) **Derecho a una contabilidad de revelación** - Usted y su representante legalmente autorizado tienen el derecho de solicitar una contabilidad de revelaciones de su información de salud hecha por HFA por cualquier razón además de para tratamiento, pago u operaciones de salud como declarado en este Aviso de la Intimidad. La petición debería especificar el período de tiempo para la contabilidad que comienza en o después del 14 de abril de 2003. La contabilidad de peticiones no puede ser hecha para el periodo del tiempo superior a seis (6) años. La petición de considerar de la revelación debe ser presentada por escrito. No habrá ningún precio para la primera lista solicitada dentro de un período de un doce (12) mes, pero HFA puede cobrarle para el coste de proporcionar listas adicionales. El HFA le notificará del coste entonces usted puede solicitar la revelación basada en su necesidad. El derecho de recibir esta información es sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.
- f) **Derecho para ser notificado de una violación de información** - Usted o su representante legal serán notificados en caso de que su información de salud protegida sea tenida acceso, liberada, usada, o revelada sin su autorización (o no por otra parte permitida según la ley). En caso de que se descubra que su información ha sido violada o revelada en esta manera, la agencia conducirá inmediatamente una investigación en el incidente. Si es determinado que su PHI ha estado comprometido, o es creído haber estado comprometido, o es creído haber estado comprometido, usted será notificado dentro de 60 días naturales de la fecha el incidente fue descubierto. La notificación incluirá recomendaciones en pasos que usted puede tomar para protegerse del daño adicional lo que HFA hace mitigar el daño y proteger contra violaciones adicionales, y eslabones provechosos para aprender más sobre la protección de su información. Además se requiere que el HFA relate la violación de su o la información de su familia al departamento estadounidense de Salud y Servicios Humanos y en algunos casos al fondo del programa.
- g) **Derecho a una copia de papel de este aviso** - Usted o su representante legal tienen un derecho a una copia de papel separada de este Aviso en cualquier momento. para solicitar una copia del Aviso de Privacidad, por favor póngase en contacto con el Centro de Integración o su abastecedor de servicio.

6. **Deberes de HFA-**

Se requiere que el HFA según la ley mantenga la privacidad de su información de salud y le proporcione y su representante legal este Aviso de sus deberes y prácticas de privacidad. Se requiere que el HFA cumpla con los términos de este Aviso y ellos pueden ser enmendados de vez en cuando.

7. **Quejas** - Usted tiene un derecho de quejarse a HFA o al Secretario de Salud y servicios Humanos si usted cree que sus derechos de intimidad han sido violados para presentar una demanda con HFA, usted puede ponerse en contacto con la Línea de Satisfacción de Cliente HFA o usted puede llamar el Oficial de Privacidad HFA. Las quejas pueden ser hechas por escrito y/o por una llamada telefónica. Las quejas pueden ser enviadas: Familia de Hillside de Agencias, 1183 Monroe Ave ., Rochester, NY 14620, Attn: Oficial de Privacidad . Usted también puede llamar Hillside en 585-256-7500 y pedir la Línea de Cliente HFA SATISFACCION o el Oficial de Privacidad HFA. O correo electrónico Hillside en info@hillside.com.

Hillside Children's Center, Hillside Work Scholarship Connection, Hillside Children's Foundation & Corporation

Nota de Privacidad

Reconocimiento del Recibo de la Familia de Agencias Hillside Aviso de Privacidad.

NOMBRE del CLIENTE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Nombre, Apellidos y iniciales) (mes/dia/año)

Instalación/Nombre del Programa: _____

Yo, por este medio certifique que he recibido la copia del HFA Aviso de Privacidad. Entiendo a quien tengo que contactar del Aviso de Privacidad y soy consciente de quien ponerme en contacto a con preguntas en cuanto a mi PHI y autorización.

Nombre del Cliente que Recibe Aviso (molde)

Firma del Cliente que Recibe Aviso

Nombre del Individuo que Recibe el Aviso (molde)

Firma del Individuo que Recibe Aviso

Relación con el Cliente

Fecha ____/____/____.

Nombre del Testigo: _____ Titulo: _____

Firma del Testigo: _____