



Estimado Solicitante,

Adjunto encontrará el paquete de Petición de Determinación de Elegibilidad para un individuo mayor de 3 años de edad diagnosticado con un Impedimento del Desarrollo o Desorden Cerebral Adquirido. En el lado derecho se encuentran los documentos necesarios que deben ser llevados a su cita de admisión con la siguiente información. A la izquierda encontrará información y recursos adicionales que muchas familias encuentran de utilidad.

Para iniciar el proceso de admisión con el especialista de las admisiones, el solicitante debe completar los siguientes pasos antes de programar una cita:

1. Reuna Información que demuestre que el solicitante tiene una Discapacidad del Desarrollo o Trastorno Cerebral Adquirido (ABD). Vea lista de documentos debajo:
  - Una evaluación funcional/ pruebas que nos digan efiQ del cliente prospecto.
  - Las evaluaciones escolares más recientes de los últimos 3 años y eiiEP/504 de la escuela (si aplica).
  - Todas las evaluaciones recientes y pasadas (de la escuela, médicos, etc. ).
  - Cualquier información que nos ayudaría a tomar una determinación (especialistas, hospital o información que describe el diagnóstico de discapacidad del cliente prospecto).
  - Documentos del Tutor, si aplica (importante: si el cliente prospecto es mayor de 18 años de edad, debemos tener documentos de tutor o un comunicado firmado por el cliente prospecto que nos permita hablar con una persona que no sea el cliente prospectivo.).
2. Complete Formulario de Solicitud para Determinación de Elegibilidad que se encuentra en el lado derecho de este paquete.  
\*Por favor note que el formulario de Solicitud para Determinación de Elegibilidad y la cita de admisión no garantiza elegibilidad y/o que los servicios serán proporcionados.
3. Contacte al Especialista de Admisiones al 603-459-2787 cuando termine los pasos anteriores. El Especialista de Admisiones podrá programar una cita de admisión para usted.
4. Asistir a la Cita de Admisión. Planee invertir al menos 1.5 horas para completar la cita de admisión. Durante esta cita el Formulario de Solicitud para Determinación de Elegibilidad y los documentos requeridos anteriormente serán revisados. Un instrumento de evaluación funcional también se completará con el solicitante y otra persona que esté familiarizado con la funcionalidad del solicitante.

Si usted tiene alguna pregunta no dude llamar al 603-459-2787 o al correo electrónico [intake@gatewayscs.org](mailto:intake@gatewayscs.org).

Sinceramente,

Intake

Gateways Community Services

144 Canal Street, Nashua, NH 03064 • (603) 882-6333 • Fax (603) 889-5460

[www.gatewayscs.org](http://www.gatewayscs.org)

*Caring for our Community All Day. Every Day. For a Lifetime.*



Solo para uso interno Fecha en que se completó la solicitud _____ N.º Duck _____
--

**Solicitud para la determinación de la elegibilidad**

- El formulario de solicitud de determinación de la elegibilidad y la entrevista no garantizan la elegibilidad ni la prestación de servicios.
- Lleve el formulario a la entrevista de ingreso. Por favor **no** la envíe antes.

**Información del potencial cliente/consumidor:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Situación de vivienda actual: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
(si es diferente a la física)

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:  Teléfono  Correo electrónico

Sexo: Masculino  Femenino  N° Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

El cliente o consumidor potencial necesita un intérprete:  Sí  No

Situación de ciudadanía: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

¿Usted o un miembro de su familia es un veterano?  Sí  No

**Información de contacto principal:**

El cliente potencial es el contacto principal

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:  Teléfono  Correo electrónico

**¿Quién contesta el formulario?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_



Solo para uso interno  
 Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
 N.º Duck \_\_\_\_\_

**Servicios solicitados:**

**Coordinación de servicios**  
 Brinda información y derivación a servicios  
 internos y externos (21 o más)

**Apoyo familiar**  
 Servicios para cualquier persona que  
 actualmente vive con su familia

**Vocacional**  
 Apoyos para obtener y conservar  
 un empleo (21 o más)

**Transición**  
 Transición de la preparatoria - información y  
 derivación a beneficios, recursos, etc. planeación de  
 servicios después de la preparatoria (16-21)

**Relevo**  
 Proporciona un breve descanso  
 la familia (3 o más)

**Actividades diurnas**  
 Apoyos para cuidado personal, actividades  
 sociales y comunitarias (21 o más)

**Apoyo comunitario**

**Recreación y  
 esparcimiento**

**Empleo con apoyo**

Apoyo por horas (21 o más)

Recursos para actividades comunitarias  
 o adaptativas

Apoyos continuos para obtener  
 y conservar un empleo (21 o más)

**Consulta de beneficios**

**Representante para  
 recepción de pagos**

**Servicios residenciales**

Derivación y asistencia con beneficios estatales  
 y federales

Administración fiscal de fondos del  
 Seguro Social y Medicaid

Apoyos para vivir fuera del  
 hogar familiar (21 o más)

**Modificación ambiental**  
 Adaptación al entorno de la vivienda relacionada con  
 la discapacidad

Notas sobre servicios solicitados

---



---



---

**Fundamento de la solicitud:**

Si al cliente o consumidor potencial se le ha diagnosticado alguna de las siguientes  
 discapacidades del desarrollo, marque todas las que correspondan.

- Discapacidad intelectual     Síndrome de Down     Epilepsia
- Parálisis cerebral     Autismo     Trastorno convulsivo
- Trastorno del espectro autista (PDD)
- Discapacidad específica del aprendizaje (especifique) \_\_\_\_\_
- Trastorno cerebral adquirido (describa): \_\_\_\_\_

Otros diagnósticos o información pertinente (especifique)

- Trastorno del razonamiento     Trastorno del estado de ánimo
- Trastorno perturbador de la conducta     Trastorno de ansiedad
- Trastorno de personalidad     Trastorno de salud crónico



Solo para uso interno  
Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
N.º Duck \_\_\_\_\_

¿El cliente o consumidor potencial alguna vez ha solicitado o recibido servicios de una agencia de servicios del desarrollo en New Hampshire?  Sí  No

Si contestó que sí, con qué nombre \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

Si contestó que sí, identifique la agencia de área más reciente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Región 1: Northern Human Services          | <input type="checkbox"/> Región 6: Gateways Community Services |
| <input type="checkbox"/> Región 2: Pathways of the River Valley     | <input type="checkbox"/> Región 7: Moore Center                |
| <input type="checkbox"/> Región 3: Lakes Region Community Services  | <input type="checkbox"/> Región 8: One Sky                     |
| <input type="checkbox"/> Región 4: Community Bridges                | <input type="checkbox"/> Región 9: Community Partners          |
| <input type="checkbox"/> Región 5: Monadnock Developmental Services | <input type="checkbox"/> Región 10: Community Crossroads       |

### Apoyos residenciales

¿Con quiénes vive el cliente potencial?

- Personal  Compañero de vivienda (remunerado)  Compañero de vivienda (no remunerado)  
 Su propia familia (remunerada)  Su propia familia (no remunerada)  Proveedor en el hogar  
 Vecino remunerado/subsidiado  Vecino no remunerado  Nadie  Familia de acogida

### Información de la derivación:

¿Quién lo derivó a Gateways Community Services? Marque la casilla y especifique la agencia

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios y Apoyos Tempranos        | <input type="checkbox"/> Beneficencia municipal   |
| <input type="checkbox"/> Depto. de Salud y Servicios Humanos | <input type="checkbox"/> Religioso                |
| <input type="checkbox"/> Agencia de salud mental             | <input type="checkbox"/> Cocina comunitaria       |
| <input type="checkbox"/> Amigo o familiar                    | <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Médico de atención primaria         | <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Él mismo     |
| <input type="checkbox"/> Hospital                            | <input type="checkbox"/> Él mismo                 |
| <input type="checkbox"/> Guardería                           | <input type="checkbox"/> Escuela                  |

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



Solo para uso interno  
Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
N.º Duck \_\_\_\_\_

**Relaciones:**

(Marque todas las que correspondan)

Contacto 1:

- Padre o madre
- Tutor legal
- Hermano(a)
- Administrador de caso
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto 2:

- Padre o madre
- Tutor legal
- Hermano(a)
- Administrador de caso
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto 3:

- Padre o madre
- Tutor legal
- Hermano(a)
- Administrador de caso
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto 4:

- Padre o madre
- Tutor legal
- Hermano(a)
- Administrador de caso
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



Solo para uso interno  
Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
N.º Duck \_\_\_\_\_

**Instituciones educativas/de empleo/de capacitación/residenciales (inicie con la más reciente):**

Educativa Empleo/Capacitación Residencial  
Nombre del entorno: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Educativa Empleo/Capacitación Residencial  
Nombre del entorno: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Educativa Empleo/Capacitación Residencial  
Nombre del entorno: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**Proveedores médicos:**

Contacto 1:

Médico de atención primaria Tipo de especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Contacto 2:

Médico de atención primaria Tipo de especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Contacto 3:

Médico de atención primaria Tipo de especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_



Solo para uso interno  
Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
N.º Duck \_\_\_\_\_

Contacto 4:

Médico de atención primaria  Tipo de especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Información médica:**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos actuales y quién los recetó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Equipo adaptativo (Por ejemplo, anteojos, silla de ruedas, aparatos auditivos, iPad, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones (médicas y psiquiátricas):**

Médica  Psiquiátrica

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médica  Psiquiátrica

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médica  Psiquiátrica

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médica  Psiquiátrica

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Solo para uso interno  
Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
N.º Duck \_\_\_\_\_

**Evaluaciones y valoraciones:**

\*Deben proporcionarse todas las evaluaciones mencionadas a continuación para determinar la elegibilidad.

Fecha de la más reciente: \_\_\_\_\_

Evaluación psicológica: \_\_\_\_\_

Evaluación de habilidades funcionales/conducta adaptativa: \_\_\_\_\_

Evaluación escolar \_\_\_\_\_

IEP/504 \_\_\_\_\_

Otra (especifique) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





Solo para uso interno  
Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
N.º Duck \_\_\_\_\_

### Asuntos legales

Incluya las fechas, la descripción de los incidentes, los arrestos, las audiencias de competencia, qué departamentos de policía, tiempo de cárcel, libertad bajo palabra como menor, CHINS; etc.

---

---

---

---

---

---

### Historial psiquiátrico

Incluya tratamientos de salud mental, terapeutas, colocaciones residenciales, etc.

---

---

---

---

---

---

### Conductas significativas

---

---

---

---

---

---

### Otra información pertinente:

---

---

---

---

---

---



Solo para uso interno  
Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_  
N.º Duck \_\_\_\_\_

**Información del seguro (solo el cliente o consumidor potencial):**

Seguro médico privado  Sí  No

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

N.º de ID \_\_\_\_\_

Medicare:  Sí  No N.º de reclamación \_\_\_\_\_

Medicaid:  Sí  No No. de MID: \_\_\_\_\_

Organización de atención administrada (MCO):

AmeriHealth Carita NH  New Hampshire Health Families  Wellsense

**Otras agencias involucradas:**

Oficina de Necesidades Médicas Especiales

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Gr Nashua Mental Health Center

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Departamento de Salud y Servicios Sociales de NH

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Rehabilitación Vocacional de NH

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Oficina de Servicios para Ancianos y Adultos

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

División de Niños, Jóvenes y Familias

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Rehabilitación Vocacional

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



### Preguntas Frecuentes (FAQ)

1. **¿Qué servicios ofrece su agencia?** Por favor refiérase al folleto de Gateways Community Services.
2. **¿Dónde esta su agencia localizada?** Gateways Community Services está localizada en el 144 Canal Street, Nashua, NH 03064.
3. **¿Qué es una discapacidad del desarrollo?** “Discapacidades del desarrollo significa una discapacidad: 1) que se puede atribuir a la discapacidad intelectual y/o discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, autismo o un problema de aprendizaje, o de cualquier otra condición de una persona que se encuentra estrechamente relacionada con la discapacidad intelectual y/o discapacidad intelectual, ya que se refiere a funcionamiento intelectual general o menoscabo en el comportamiento de adaptación o requiere un tratamiento similar al que se requiere para las personas con discapacidad intelectual; y 2) que se origina antes de que la persona cumpla 22 años de edad, que ha continuado, o se puede esperar que continúe indefinidamente, y constituye una discapacidad grave a esa capacidad del individuo para funcionar normalmente en la sociedad”
4. **¿Qué es un “Trastorno Cerebral Adquirido?”** “Trastorno cerebral adquirido significa una interrupción en el funcionamiento cerebral” que no es congénita o causada por un trauma de nacimiento; presenta una enfermedad incapacitante permanente, que afecta significativamente la capacidad de una persona para funcionar en la sociedad; se produce antes de la edad de 60 años; y es atribuible a una o más de las siguientes razones: Traumatismos externos al cerebro; lesión anoxia o hipoxia al cerebro; enfermedades infecciosas tales como encefalitis y meningitis; tumor cerebral; trastornos cerebrovasculares (cirugía intracraneal) tales como un accidente cerebrovascular; exposición tóxica; otras enfermedades neurológicas como la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple que afecta principalmente el sistema nervioso central; y se manifiesta por un descenso significativo en el funcionamiento cognitivo y capacidad; o deterioro en: personalidad; control de impulsos, juicio; modulación del estado de ánimo; o toma de conciencia de los déficits.
5. **¿Que es un Tutor?** Por favor refiérase al documento de información "Tutor".
6. **Necesito Medicaid para ser elegible para sus servicios?** Medicaid no es necesario para determinar su elegibilidad. Sin embargo, se le recomienda a las familias solicitar Medicaid.

Para información adicional acerca de por qué Medicaid es importante, por favor consulte el documento del Bureau de Servicios del Desarrollo, *“Por qué deben los individuos con discapacidades solicitar Medicaid?”*

## Aspectos clave

Es importante discutir las opciones de tutela al menos seis meses antes de que la persona cumpla sus 18 años. Cuando una persona cumple 18 años, obtiene todos los derechos legales de ser un adulto en el Estado de NH.

Los tutores son responsables de lo siguiente:

- Actuar en nombre de la persona para asegurar todos los servicios y apoyos
- Presentar todos los documentos judiciales
- Solicitar los beneficios y servicios necesarios (Seguro Social, Medicaid, etc.)
- Defender los mejores intereses del tutelado
- Tratar a la persona con respeto y dignidad

Para presentar una tutela, se puede obtener la documentación a través del Tribunal de Sucesiones, Tutelas y Relaciones Familiares o en línea en [www.courts.state.nh.us](http://www.courts.state.nh.us). Tenga en cuenta que varios formularios deben estar firmados por un notario; por lo tanto, no firme hasta que haya un notario presente. Se debe pagar una tasa administrativa el día en que se entrega la solicitud.

Los documentos de la tutela especificarán las facultades particulares que tendrá el tutor.

- Solo se debe solicitar la tutela cuando el deterioro de la capacidad de discernimiento represente una amenaza importante para el bienestar de una persona.
- La tutela no tiene el propósito de proteger a una persona de los riesgos diarios normales.
- No se debe designar a un tutor solamente porque una persona manifiesta falta de criterio o tiene problemas para sostener una decisión.

A menos que se establezca en la sentencia de tutela, ningún tutor tiene el derecho de:

- Elegir amigos
- Elegir el estilo de la ropa personal, el corte de cabello, etc.
- Decidir cómo una persona pasa su tiempo libre personal
- Limitar o censurar el correo
- Evitar que una persona tenga visitas
- Hablar en nombre de la persona si puede hablar por sí misma
- Evitar que la persona se involucre en una relación íntima

Otras opciones para las familias:

- No tener tutor (un derecho de todas las personas)
- Tutor de emergencia temporal (60 días)
- Asesor o defensor
- Poder legal para decisiones financieras o médicas
- Custodio del patrimonio
- Representante del beneficiario
- Representante autorizado

\*Se puede designar a un abogado a través del Tribunal de Sucesiones, Tutelas y Relaciones Familiares si la persona no tiene su propio abogado.

**Póngase en contacto con el Tribunal de Sucesiones, Tutelas y Relaciones Familiares al 1-855-212-1234 si tiene preguntas adicionales.**



**Cumplimiento de la ley HIPAA  
GATEWAYS COMMUNITY SERVICES**

**MANEJO DE LA INFORMACIÓN: NECESIDAD DE CONOCER LA INFORMACIÓN**

Definición: Necesidad de conocer la información: Principio que establece que un usuario debe acceder únicamente a la información específica que necesita para realizar una función en particular durante el ejercicio de sus funciones asignadas. Una vez que se autoriza el acceso a una solicitud, el usuario de datos autorizado está obligado a evaluar si cada acceso específico es pertinente según la necesidad de conocer la información.

Los siguientes son ejemplos en los que los empleados tienen la necesidad de conocer información de identificación personal para realizar sus funciones laborales asignadas y ejemplos en los que los empleados no tienen necesidad de conocer esa información. Esta lista es únicamente a modo de ejemplo y no está destinada para ser una declaración completa de las situaciones en las que los empleados tienen necesidad de conocer información de identificación personal. En virtud de la política de Gateways Community Services, el acceso específico a información de identificación personal es a criterio del director del departamento.

Ejemplos de usos adecuados de información de identificación personal en los que los empleados tienen necesidad de conocer esa información:

- Prestación de servicios de atención directa a consumidores específicos (incluido diagnóstico, acuerdo de servicios y evaluación).
- Tratamiento de enfermedades y actividades de prevención como verificación de vacunas, preselección de candidatos para programas de tratamiento especializado o potenciales intervenciones preventivas.
- A pedido del consumidor. (Excepción: El empleado no tiene permitido el acceso sin un formulario firmado por el consumidor que autorice la divulgación de la información).
- Actividades administrativas de apoyo incluidas, entre otras, coordinación de citas y programación, cumplimiento de requisitos de terceros, coordinación de seguimiento, facturación y cobranza de servicios prestados a consumidores específicos y mantenimiento del medio de registros o información.
- Análisis financiero para evaluar el impacto empresarial de la atención a consumidores, incluidos, entre otros aspectos, análisis de casos específicos para evaluar el impacto del rediseño de servicios o programas o en respuesta a solicitudes de investigación (subvenciones) y análisis de situaciones en las que es necesario juntar registros de más de un sistema (por ejemplo, Proveedor X y Proveedor Y) para analizar el impacto total de esa atención.
- Análisis de reembolsos de consumidores específicos.

- Actividades realizadas durante desarrollos o recaudación de fondos, planificación estratégica, defensa legal o seguimiento de una demanda por incumplimiento.
- Fines educativos o criterios de requisitos instructivos (pasantes).
- Actividades de control de calidad o de cumplimiento normativo.
- Materiales educativos o recursos informativos.
- Actividades para recaudar fondos realizadas a pedido de un empleado que sabe del deseo de un consumidor o una familia de hacer una donación a Gateways Community Services.

**Ejemplos específicamente relevantes:**

- Actividades administrativas que incluyen inscripción, pago de reclamaciones, coordinación de beneficios, atención al cliente, informe de SPEDIS, investigación de la calidad de los datos y mejora de la calidad de los servicios administrativos.
- Utilización de actividades de gestión para evaluar la idoneidad y la eficiencia de los servicios prestados a un consumidor o grupo de consumidores y para determinar las causas subyacentes que contribuyeron a un determinado resultado financiero.
- Actividades de coordinación de servicios, incluida identificación de miembros con un tipo o alcance específico de problema de salud y provisión de intervenciones de coordinación de servicios.
- Subvenciones.

**Ejemplos de usos inapropiados de información de identificación de consumidores:**

- Solicitudes de recaudación de fondos mediante correo masivo a consumidores con determinadas afecciones sin la aprobación expresa del consumidor o su tutor.
- Uso de información médica personal para tomar decisiones laborales.
- Uso de la información médica personal de un empleado para ver si estuvo enfermo realmente, tuvo una cita con el médico, le pagaron una indemnización por un accidente de trabajo, etc.

**Manejo de la información: información restringida por ley**

Definición: Información restringida por ley: Información de identificación personal cuya divulgación está sujeta específicamente a requisitos legales adicionales impuestos por ley o normas administrativas.

**Ejemplos de información restringida por ley son:**

- registros del tratamiento por abuso de sustancias
- registros del tratamiento por abuso sexual
- registros del tratamiento de salud mental,
- ciertas categorías de diagnóstico, como VIH/SIDA
- información médica de adolescentes relacionada con embarazo, anticoncepción o enfermedades de transmisión sexual.

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD**

Este aviso describe cómo puede usarse y revelarse la información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a esa información. Léalo atentamente.

### I. Introducción.

Este Aviso de prácticas de confidencialidad describe cómo podemos usar y revelar su información médica protegida para efectuar operaciones de tratamiento, pago o atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos a acceder a su información médica protegida y controlarla. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida información demográfica, que puede identificarlo y alude a su salud o enfermedad física o mental pasada, presente y futura, y a servicios de atención médica relacionados.

### II. Sus derechos en cuanto a la información médica

Si bien los registros propiamente dichos que conservamos sobre usted nos pertenecen a nosotros, la información incluida en ellos le pertenece a usted. Conforme a las normas de confidencialidad federales (título 42, partes 160 y 164 del Código de Reglamentaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés]), usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar la restricción de determinados usos y divulgaciones de su información de conformidad con el título 45, artículo 164.522 del CFR. Tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar la restricción que solicite. Si consideramos que permitir el uso y la divulgación de su información médica lo beneficia, le notificaremos que su solicitud de restricción no se aceptará. Si aceptamos la restricción solicitada, no podremos usar ni revelar su información médica violando esa restricción, a menos que sea necesario para brindar un tratamiento de emergencia.
- Obtener una copia impresa de este Aviso de prácticas de confidencialidad si la solicita.
- Revisar y recibir una copia de su historia clínica.
- Corregir su historia clínica.
- Recibir un informe sobre determinadas divulgaciones de su información médica.
- Recibir comunicaciones confidenciales de su información médica por medios alternativos o dirigidos a lugares alternativos.
- revocar su autorización de uso o divulgación de información médica, excepto si ya se han tomado medidas.

### III. Nuestras responsabilidades. Esta organización debe realizar lo siguiente:

- mantener la confidencialidad de su información médica
- notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad respecto a la información sobre usted que reunimos y conservamos
- cumplir los términos de este aviso
- notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada
- adaptarnos a solicitudes razonables que usted haga para comunicar información médica a través de medios alternativos o dirigida a lugares alternativos.



Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y hacer vigentes las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que conservemos. En caso de cambio de nuestras prácticas, le enviaremos por correo el aviso revisado a la dirección que nos ha proporcionado.

Este aviso fue publicado el 1.º de abril de 2003 y entra en vigencia el 14 de abril de 2003.

No utilizaremos ni revelaremos su información médica sin su autorización, salvo en los casos descritos en este aviso.

IV. Ejemplos de cómo usaremos o revelaremos su información médica protegida. Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada a miembros de nuestro personal y a terceros fuera de nuestra oficina que participen en su atención y tratamiento, para que podamos prestarle servicios. Su información médica protegida también puede ser utilizada y divulgada para que podamos recibir los pagos de los servicios que le prestamos.

Los siguientes son ejemplos de la clase de uso y divulgación de su información médica protegida que se nos permite hacer. Estos ejemplos no son exhaustivos sino que intentan describir la clase de uso y divulgación que podemos hacer en nuestra oficina.

**Tratamiento:**

Utilizaremos y revelaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención, incluida atención médica y todo servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su atención médica con terceros que ya hayan recibido su permiso para acceder a su información médica protegida. Por ejemplo, podríamos revelar su información médica protegida, en la medida en que sea necesario, a proveedores de servicios, como proveedores de servicios y apoyos tempranos o servicios residenciales o diurnos o médicos, que estén tratándolo. También, por ejemplo, podemos usar o revelar su información médica protegida, en la medida en que sea necesario, para facilitar la designación o el cambio de tutor u otro representante legal.

**Pago:**

Su información médica protegida será utilizada, en la medida en que sea necesario, para recibir el pago de los servicios que le proveemos. Esto puede incluir determinadas actividades que su plan médico puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios que le recomendamos. Por ejemplo, algunos planes médicos deben tomar una determinación que indique que usted es elegible para el reembolso de determinados servicios antes de que nosotros podamos prestarle esos servicios y debemos facilitarles información médica protegida para que puedan tomar esa determinación.

**Operaciones de atención médica:**

Podemos utilizar o revelar, en la medida en que sea necesario, su información médica protegida para dar apoyo a nuestras actividades empresariales. Estas actividades incluyen, entre otras, evaluaciones de calidad, capacitación y supervisión de empleados, licencias, certificación y realización u organización de otras actividades empresariales. También podemos revelar su información médica protegida al Departamento de Salud y Servicios Humanos de NH o a otras agencias del estado de

New Hampshire para cumplir con nuestro contrato con el estado de New Hampshire y, si corresponde, para determinar su elegibilidad para recibir servicios de financiación pública.

Compartiremos su información médica protegida con "asociados comerciales" externos que realizan diversas actividades esenciales para las operaciones de nuestra organización. Cuando tengamos un acuerdo entre nuestra organización y un asociado comercial, limitaremos al mínimo la cantidad de información médica protegida que proporcionaremos para efectuar una tarea específica y contaremos con un contrato escrito que contenga las condiciones que protegerán la confidencialidad de su información médica protegida.

Podemos utilizar o revelar su información médica protegida, en la medida en que sea necesario, para ofrecerle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios médicos que podrían interesarle.

También podemos utilizar su información médica protegida para contactarlo por comunicaciones de marketing limitado o de recaudación de fondos para nuestra agencia que están permitidas por las normas federales sobre confidencialidad. Toda comunicación sobre recaudación de fondos dirigida a usted contendrá instrucciones para optar por no recibir dichas comunicaciones en el futuro.

V. Uso y divulgación que podemos hacer, salvo que usted lo objete

En las siguientes situaciones, podemos revelar su información médica protegida si usted no lo objeta.

#### Notificación

Podemos utilizar o revelar información para notificar o ayudar a notificar a un familiar o amigo sobre su ubicación y estado general.

#### Comunicaciones

Los empleados pueden revelar a un familiar o a un amigo cercano información médica relevante para la participación de esa persona en su atención o el pago relacionado con su atención.

Si está presente para una notificación o comunicación a familiares u otro cuidador o está disponible antes de ella, y tiene la capacidad para tomar decisiones médicas, podemos revelar la información si lo acepta, o si le damos la oportunidad de objetar y no lo hace o deducimos razonablemente a raíz de las circunstancias que no presenta objeciones. Si no está presente para la notificación o la divulgación de información o no se puede dar la oportunidad de aceptar o presentar objeciones debido a su incapacidad o a una emergencia, podemos determinar si la divulgación lo beneficia y, de ser así, podemos revelar a la persona designada únicamente la información que sea relevante para que esa persona participe en su atención médica.

VI. Uso y divulgación que no requiere su autorización

Las normas federales sobre confidencialidad establecen que podemos usar y revelar su información médica protegida sin su autorización en las siguientes circunstancias:

#### Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):

Podemos revelar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) información médica relativa a reacciones adversas de alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de seguimiento posterior a la comercialización, para permitir el retiro, la reparación o el reemplazo de productos.

#### Indemnización por accidentes de trabajo:

Podemos revelar información médica en la medida en que esté autorizado por las leyes sobre indemnización de accidentes de trabajo u otros programas similares establecidos por la ley, y sea necesario para cumplir con ellos.

#### Salud pública:

Según lo exija la ley, podemos revelar su información médica a autoridades normativas o de salud pública a cargo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

#### Instituciones correccionales:

Si estuviera preso en una institución correccional o detenido en algún otro lugar ordenado por un tribunal (por ejemplo, si está incluido involuntariamente dentro del sistema para discapacitados mentales), podríamos revelar a la institución o a sus agentes información médica necesaria para su salud y la salud y la seguridad de terceros.

#### Orden público:

Podemos revelar información médica para fines de orden público según lo exija la ley o en respuesta a una orden judicial o de allanamiento vigente.

#### Delitos:

Podemos revelar su información médica protegida si consideramos que puede ser prueba de algún delito cometido en nuestras instalaciones. También podemos revelar su información médica protegida si la ley estatal aplicable nos exige que denunciemos el presunto abuso o descuido infantil o abuso de adultos discapacitados o lesiones que consideremos que podrían ser causadas por un acto ilícito. También podemos revelar información médica protegida si es necesario para que las fuerzas de seguridad identifiquen o detengan a una persona.

#### Acciones legales:

Podemos revelar información médica protegida durante acciones legales o administrativas, en respuesta a la orden de un tribunal judicial o administrativo (en la medida en que esa divulgación esté autorizada expresamente) y, en determinadas situaciones, en respuesta al pedido de presentación de pruebas mediante citación judicial u otro proceso legal.

#### En caso de muerte:

Podemos revelar información médica protegida sobre la muerte de una persona a médicos forenses o responsables de funerarias de conformidad con la ley aplicable.

#### Según lo exija la ley:

Podemos utilizar o revelar su información médica protegida cuando sea exigido por la ley estatal o federal. El uso y la divulgación serán efectuados de conformidad con la ley y se limitarán a los requisitos legales correspondientes. Por ejemplo, debemos revelar información cuando nos lo exige el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar si cumplimos con los requisitos de las normas federales sobre confidencialidad.

VII. Uso y divulgación de información médica protegida según su autorización escrita  
Otras clases de uso y divulgación de su información médica protegida se realizarán únicamente con su autorización escrita, salvo que lo permita o lo exija la ley, como se describe en este aviso. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento por escrito, salvo en caso que ya hubiéramos contado con su autorización para revelar información.

#### VIII. Garantías de la ley HIPAA y mitigación de daños

Utilizamos resguardos apropiados para evitar el uso o divulgación de la PHI. Hemos implementado resguardos administrativos, físicos y técnicos que protegen de manera razonable y apropiada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información médica protegida electrónica que creamos, recibimos, mantenemos o transmitimos en nombre de una Entidad Cubierta. Tales resguardos incluyen:

- Mantener procedimientos de autorización adecuados y proporcionar supervisión para asegurar que nuestra fuerza laboral siga los procedimientos de seguridad apropiados;
- Brindar capacitación adecuada a nuestro personal para asegurar que nuestro personal cumpla con nuestras políticas de seguridad;
- Hacer uso de la encriptación apropiada al transmitir PHI por Internet;
- Utilizar procedimientos apropiados de almacenamiento, respaldo, eliminación y reutilización para proteger la PHI;
- Utilizar la autenticación apropiada y los controles de acceso para resguardar la PHI;
- Utilizar procedimientos apropiados de incidentes de seguridad y proporcionar capacitación a nuestro personal suficiente para detectar y analizar incidentes de seguridad; y
- Mantener un plan de contingencia actual y un plan de acceso de emergencia en caso de emergencia para garantizar que la PHI que tenemos en nombre de una entidad cubierta esté disponible cuando sea necesario.

En el caso de un uso o divulgación de PHI que viole los requisitos de Cumplimiento de la ley HIPAA, mitigaremos, en la medida de lo posible, cualquier efecto nocivo resultante de la violación. Dicha mitigación incluirá:

- Informar cualquier uso o divulgación de PHI y cualquier incidente de seguridad del que tengamos conocimiento como Entidad Cubierta; y
- Documentar tales divulgaciones de PHI e información relacionada con dichas divulgaciones según se requiera para que la Entidad Cubierta responda a una solicitud de un informe de divulgación de PHI de acuerdo con HIPAA.

#### IX. Posibles efectos de la ley estatal

Las reglamentaciones sobre confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), por lo general, no tienen "primacía" (prioridad) sobre las leyes estatales sobre confidencialidad ni otras leyes de los estados que otorgan a las personas mayor protección de la confidencialidad. Por consiguiente, en la medida en que se aplique la ley estatal, las leyes sobre confidencialidad de un estado en particular u otras leyes federales, en lugar de las reglamentaciones sobre confidencialidad de ley HIPAA, podrían imponer una norma de confidencialidad en virtud de la cual se nos exija operar. Por ejemplo, en caso de que se hubieran promulgado esas leyes, cumpliremos leyes sobre confidencialidad estatales más estrictas que tratan sobre el uso y la divulgación de información médica protegida sobre VIH, SIDA, salud mental, abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas, pruebas genéticas, derechos reproductivos, etc.

X. Para más información o para informar quejas

Si desea ejercer los derechos enumerados en la Sección II de este aviso, o si tiene preguntas y quiere información adicional, puede comunicarse con nuestro funcionario en materia confidencialidad por escrito o por teléfono:

Director de Recursos Humanos Sénior  
Gateways Community Services  
144 Canal Street, Nashua, NH 03064  
(603) 459-2717

Si considera que sus derechos de confidencialidad fueron violados, puede presentar una queja ante nuestro funcionario en materia de confidencialidad o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.