



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

Client Rights

I, hereby agree to receive services and consent to the standard and customary procedures of evaluation and treatment as prescribed by the staff at New River Valley Community Services for: *Por la presente acuerdo recibir los servicios y doy mi consentimiento para ser sometido a los procedimientos regulares de evaluación y tratamiento que me indiquen los miembros del personal de New River Valley Community Services para:* Myself (adult) / *Mí (adulto)*.

I understand that my agreement and consent applies to all services I, or the person for whom I am signing may receive at NRVCS during an episode of care. This signed Notification of Privacy, Human Rights and Informed Consent for Treatment form is valid for up to one year from the date of signature, until time of voluntary or involuntary discharge, or upon revocation. *Entiendo que mi acuerdo y consentimiento se aplica a todos los servicios que yo, o la persona por la cual estoy firmando, pueda recibir en NRVCS durante un episodio de atención. El formulario de Notificación de privacidad, derechos humanos y consentimiento informado para recibir tratamiento es válido hasta por un año desde la fecha de su firma, hasta el momento de alta voluntaria o involuntaria, o hasta su revocación.*

- I authorize NRVCS to use and disclose necessary information about myself, or the person for whom I am signing, within the agency and with business associates in order to provide treatment/ service, receive payment of provided treatment/ service, and conduct daily business practices. *Autorizo a NRVCS a usar y divulgar la información necesaria sobre mí o sobre la persona por la cual firmo, dentro de la agencia y con sus asociados comerciales, a fin de brindar su tratamiento o servicios, recibir el pago por el tratamiento o los servicios recibidos y llevar a cabo prácticas comerciales cotidianas.*

- MEDICATION SERVICES ONLY: Medication Storage - By signing this form I hereby authorize NRVCS to store medications prescribed for me within the length of time allowed by the Virginia State Board of Pharmacy and to destroy any of my expired or discontinued medications. *SERVICIOS DE MEDICAMENTOS ÚNICAMENTE: almacenamiento de medicamentos – Al firmar este formulario, autorizo a NRVCS a almacenar mis medicamentos recetados por mí durante el período de tiempo permitido por la Consejo Farmacéutico del Estado de Virginia y a destruir cualquiera de mis medicamentos que haya discontinuado o que haya caducado.*

- I understand that I must sign a special information consent form before I can be expected to participate in any NON-STANDARD PROCEDURE such as research projects, any recording of interviews, or any other procedure involving a known inherent risk. *Entiendo que debo firmar un formulario de consentimiento especial antes de que pueda participar en cualquier PROCEDIMIENTO NO ESTÁNDAR como en proyectos de investigación, cualquier grabación de entrevistas o cualquier otro procedimiento que implique un riesgo inherente conocido.*

In addition to my informed consent for treatment, I authorize the following: *Además de mi consentimiento informado para recibir tratamiento, autorizo lo siguiente:*

MEDICAL EMERGENCY: In the event of a medical emergency, I hereby authorize staff of NRVCS to apply basic First Aid and/or CPR measures, to contact my primary care physician, and/or contact the local rescue squad, if indicated. Should I have an advanced directive and/or a DNR request, my wishes will be honored if those are available at the time of the emergency. I further give my consent for the transport of myself, or the person for whom I am signing, if necessary to facilitate medical care. NRVCS staff may also contact the persons or agencies listed below as those to be notified in case of an emergency. *EMERGENCIA MÉDICA: En el evento de una emergencia médica en la que el personal de NRVCS podrá aplicar primeros auxilios básicos y/o procedimientos de resucitación cardiopulmonar, comunicarse con mi médico de atención primaria y/o con el escuadrón de rescate local, si así fuera indicado. Si tengo una directiva avanzada y/o una petición de “no resucitar”, mis deseos serán honrados si se conocen al momento de la emergencia. Asimismo, otorgo mi consentimiento para transportarme, o transportar a la persona por la que firmo, de ser necesario para facilitar la atención. El personal de NRVCS también podrá contactar a las personas o agencias enumeradas más abajo como las personas o entidades a contactar en caso de una emergencia.*

Contact Type: *Tipo de Contacto:* Emergency Contact

TRANSPORTATION: NRVCS staff may transport the individual named on this consent on an as-needed basis in the course of delivering of services. The individual, parent, legal guardian, or authorized representative signing this consent agrees to release New River Valley Community Services from all liability and responsibility regarding personal injury due to accidents which may occur while being transported in the course of receiving services. *TRANSPORTE: El personal de NRVCS podrá transportar a la persona nombrada en este formulario de consentimiento, según sea necesario, durante la provisión de sus servicios. La persona, padre, madre, tutor legal o representante autorizado que firme este formulario de consentimiento, acuerda librar a New River Valley Community Services de cualquier responsabilidad por daños personales debido a los accidentes que pudieran ocurrir cuando la persona es transportada mientras recibe los servicios.*

PHOTOGRAPHY AND VIDEO RECORDING: NRVCS may capture photographs, video, or other digital recordings or images of



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

the person named on this consent for the purposes of facility security or for agency operations including identification of the individual receiving services and quality assurance measures. These images and recordings will be stored securely and will not be released outside of NRVCS or utilized for therapeutic, research, social media, or marketing purposes without a separate signed consent for those specific purposes, unless otherwise required by law. **FOTOGRAFÍA Y GRABACIÓN DE VIDEO: NRVCS podrá tomar fotografías, grabar video u otros tipos de grabaciones digitales o imágenes de la persona nombrada en este formulario de consentimiento con el propósito de mantener la seguridad de las instalaciones, para llevar a cabo operaciones de la agencia, incluyendo la identificación de la persona recibiendo servicios, y por la aplicación de medidas de aseguramiento de la calidad. Estas imágenes y grabaciones serán guardadas bajo estricta seguridad y no se divulgarán más allá de NRVCS ni se utilizarán con propósitos terapéuticos, de investigación, y medios sociales o propósitos de mercadeo sin contar con otro consentimiento firmado por separado específicamente para estos propósitos, a menos que sea exigido por ley.**

Financial Consent to Pay Form / Formulario de consentimiento de pago

• I agree to notify NRVCS of any changes in financial/insurance information. I agree to pay all non-covered charges for services provided according to my established ability to pay. I shall pay these charges at the time services are provided unless alternative arrangements are made. I have received a copy of the Fee Information brochure. If I have third party coverage and I receive services from a Non-Provider then I will be responsible for payment of services provided. **Acuerdo notificar a NRVCS sobre cualquier cambio en mi información financiera o de seguro. Acuerdo pagar todos los cargos no cubiertos por los servicios provistos de acuerdo a la capacidad de pago establecida. Pagaré estos cargos al momento en que se mi brinden los servicios a menos que se haya acordado algún otro término alternativo. He recibido una copia del folleto informativo sobre los aranceles. Si tengo cobertura de terceros y recibo servicios por parte de un proveedor fuera de la agencia, seré responsable del pago de los servicios provistos.**

• I hereby authorize payments directly to NRVCS for any third party benefits to which I am entitled. I agree to pay 100% of any co-payments or deductibles. I further authorize the release of medical/clinical information necessary in order to process third party claims. **Por la presente autorizo a pagar directamente a NRVCS por cualquier beneficio de terceros sobre los que tenga derecho. Acuerdo pagar el 100% de cualquier copago o deducible. Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información médica/clínica necesaria a fin de procesar las reclamaciones de terceros.**

• I understand that by signing this consent, HIPAA regulations permit NRVCS to use established collection procedures, including debt set-off and/or a collection agency that operates as a Business Associate of NRVCS, if I do not meet my payment responsibilities. This signed consent permits the limited disclosure of my protected health information necessary to recover payment. **Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, las regulaciones de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) permiten que NRVCS haga uso de los procedimientos de cobro establecidos, incluyendo la compensación de deudas y/o el uso de servicios de cobro por parte de una agencia de cobros que opera como asociado comercial de NRVCS, si yo no cumpliera con mis responsabilidades de pago. Este formulario de consentimiento firmado permite la divulgación limitada de mi información médica protegida necesaria para el cobro de los servicios brindados.**

• I understand that my records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR, Part 2 and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. I also understand that I may revoke this consent at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it, and that in any event, this consent expires automatically when my financial obligations to the NRVCS have been completely settled. This consent includes information placed in my records after the date indicated below. **Entiendo que mi historia clínica está protegida por regulaciones federales sobre confidencialidad de historias clínicas de pacientes por abuso de alcohol y sustancias (Código Federal de Regulaciones, sección 42, parte 2), y no puede ser divulgada sin mi previo consentimiento por escrito, a menos que las regulaciones indiquen lo contrario. Asimismo, entiendo que puedo revocar el presente consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida de que esa acción se tome en función de la misma, y que en cualquier caso, este consentimiento caduque automáticamente cuando mis obligaciones financieras hacia NRVCS se hayan saldado por completo. Este consentimiento incluye información añadida a mi historia clínica después de la fecha indicada más abajo.**

As a client of NRVCS, you have the following rights: **Como cliente de NRVCS, tengo derecho a:**

- To receive services in the least restrictive environment, and to be free from any unnecessary use of seclusion, restriction, or time out. To be treated with dignity and in a professional and courteous manner; to be protected from harm including abuse, harassment, neglect and exploitation. **Recibir servicios en un ambiente sin la más mínima restricción, y de estar libre de cualquier uso innecesario de reclusión, restricción o tiempo límite de permanencia. Ser tratado con dignidad y de manera profesional y cortés; ser protegido de cualquier daño, incluyendo abuso, acoso, negligencia y explotación.**
- To use your preferred or legal name. **Usar su nombre legal o de preferencia.**
- To have your protected health information treated with confidentiality and not released without written consent, except for situations required by law as noted above. You have the right to determine what information is disclosed, to whom, and the purposes for which it will be used. You have the right to be provided an accounting of disclosures. **Que su información médica protegida sea tratada con confidencialidad y no se divulgue sin su previo consentimiento por escrito, excepto en situaciones en las que se exige por ley, tal como se indica más arriba. Usted tiene el derecho a determinar qué información se divulga, a quién y para qué propósito será usada. Usted tiene el derecho a recibir un informe de divulgaciones.**
- To read, request amendment to, or obtain a copy of your service record, except in instances as noted in NRVCS privacy and security policies. You have the right to be notified of changes in the regulations regarding privacy of protected health



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

information. *Leer, solicitar modificación u obtener una copia de su historia clínica, excepto en las circunstancias que se indican en las políticas de privacidad y de seguridad de NRVCS. Usted tiene el derecho a ser notificado sobre los cambios en las regulaciones relacionadas con la privacidad de la información médica protegida.*

- To receive services that meet your individual needs and abilities according to law and sound therapeutic practice. To be involved in all aspects of services provided to you, and provided information to help you make decisions. To ask questions of your primary service coordinator about services, including treatment and discharge planning and to share any concerns regarding services provided to you. To be provided with general information about program services, policies, and rules in writing and in the manner, format and language easily understood by you. To be provided help in learning about/applying for public services or benefits to which you may be entitled. *Recibir servicios que satisfagan mis necesidades y habilidades personales de acuerdo a la ley y a la correcta práctica terapéutica. Participar en todos los aspectos de los servicios que se me brinden y recibir información que me ayude a tomar decisiones. Hacer preguntas a mi coordinador de servicios primarios sobre los servicios, incluyendo mi tratamiento y la planificación de mi alta y compartir cualquier inquietud con respecto a los servicios que recibo. Recibir información general sobre los servicios, las políticas y los reglamentos del programa, por escrito, de la manera, en el formato y en el idioma que más fácilmente pueda entender. Recibir ayuda para conocer y solicitar los servicios públicos o los beneficios que yo tenga derecho a recibir.*
- To not be included in any experimental program or research, without your knowledge and written consent. *No ser incluido en ningún programa experimental o de investigación, sin mi conocimiento y consentimiento por escrito.*
- To have opportunities to communicate in private with lawyers, judges, legislators, clergy, licensed health care practitioners, legally authorized representatives, advocates, the Inspector General; and have access to an advocate or representative, self-help groups, and legal services. *Tener oportunidad de comunicarme en privado con abogados, jueces, legisladores, clérigos, practicantes médicos licenciados, representantes legales autorizados, defensores, el Inspector General, y tener acceso a un defensor o representante, grupos de autoayuda y servicios legales.*
- To engage or not engage in work or work-related activities consistent with your service needs while receiving services through NRVCS. *Participar o no en trabajos o actividades relacionadas con sus necesidades de servicios médicos mientras recibe los servicios de NRVCS.*
- If you have a complaint regarding NRVCS or the services provided by this agency, you have the right to have your complaint resolved without any negative action taken against for complaining. *Si tuviera una queja en relación a NRVCS o los servicios provistos por esta agencia, usted tendrá el derecho de que la misma sea resuelta sin que se tome ninguna acción negativa en su contra por quejarse.*
- To be afforded the opportunity to have an individual of your choice notified of your general condition, location, and transfer to another facility. *Tener la oportunidad de que se le notifique a la persona de mi elección sobre mi condición general, ubicación y transferencia a otra instalación.*

Who can I complain to and when? ¿A quién le presento mi queja y cuándo?

- The person providing your services or their supervisor (s) whenever you feel you have a serious complaint. *La persona que brinda los servicios o su supervisor o supervisores cuando usted crea que tiene una queja seria.*
- The NRVCS Internal Advocate, the agency Director or someone they appoint, if the person providing services is not helpful or if you don't want to speak with them. *La defensora interna de NRVCS, la directora de la agencia, o la persona que ella designe, si la persona que brinda los servicios no le es de ayuda o si usted no quiere hablar con él/ella.*
- The Local Human Rights Advocate any time or if you feel that NRVCS is not helpful. *La defensora local de derechos humanos cada vez que usted crea que NRVCS no le es de ayuda.*

How long should it take? ¿Cuánto tiempo toma?

- You will be contacted within 24 hours in order to provide assistance in understanding the complaint and resolution process. *Se le contactara dentro de 24 horas para darle la asistencia necesaria para entender la queja y el proceso de resolución de la misma.*
- If necessary, an investigation of the complaint will be initiated immediately, but no later than the next business day. *Si es necesario, una investigación de dicha queja se iniciara inmediatamente, con un transcurso de tiempo que no deberá exceder más de un día laboral.*
- You will receive a written report from the Director with a decision and, if necessary, an action plan for resolving the complaint within 10 working days. *Recibirá un reporte por escrito del/a Director/a con la decisión tomada. Y si es necesario, incluido habrá un plan de acción para resolver la queja. La entrega del reporte se hará dentro de 10 días laborales.*
- If you disagree with the decision, you may appeal the decision by writing to the Chair of the Local Human Rights Committee within 10 working days after receiving the Director's decision. *Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada, usted puede apelar la decisión, escribiéndole al presidente del Comité Local de Derechos Humanos durante el periodo de 10 días laborales después de recibir la decisión.*

NRVCS staff will assist you with any of these actions to make phone calls or provide written information that you may need. *El personal de NRVCS lo asistirá con cualquiera de estas acciones para hacer llamadas telefónicas o brindarle la información escrita que pueda necesitar.*

- Regional DBHDS Human Rights Advocate *Defensora de derechos humanos local*
Catawba Hospital



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

PO Box 200 Catawba, VA 24070; Telephone: (540) 375-4321; Toll-free (877) 600-7434.
 • The NRVCS Internal Advocate *La defensora interna de NRVCS*
 700 University City Blvd. Blacksburg, VA 24060, (540) 961-8421.

I understand that my services may be delivered by a licensed eligible provider under the supervision of a licensed provider and I will be notified if this applies to my services.

The Department of Health Professions receives complaints about Virginia healthcare practitioners who may have violated a regulation or law. Complaints for all the licensing and regulatory boards are received and processed by the Enforcement Division. You can visit the licensing boards webpage for information on filing a complaint as well as which health care practitioners and facilities are regulated by this agency, or get a detailed explanation of the disciplinary process for in Virginia. *El Departamento de las Profesiones de la Salud (Department of Health Professions) recibe quejas sobre los profesionales de la salud de Virginia que pueden haber violado un reglamento o ley. Las quejas para todas las juntas de licencias y reguladoras son recibidas y procesadas por la División de Aplicación. Puede visitar la página web de la junta de licencias para obtener información sobre cómo presentar una queja, cuáles profesionales de la salud y centros médicos están regulados por esta agencia, y también obtener una explicación detallada del proceso disciplinario en Virginia.*

To file a complaint verbally or to request a complaint Form, please use the following contact information *Para presentar una queja verbal o para solicitar un formulario, utilice el siguiente contacto:*

• Virginia Department of Health Professions
 Enforcement Division Perimeter Center
 9960 Maryland Drive, Suite 300
 Henrico, VA 23233-1463
 Telephone/Teléfono: 1-(800)533-1560 or/o (804) 367-4691
 Fax (804) 527-4424
 Email/Correo electrónico: enfcomplaints@dhp.virginia.gov
 Website/Sitio web: www.dhp.virginia.gov/enforcement/complaints.htm

NRVCS Privacy Notice Aviso de privacidad de NRVCS

This notice describes how private personal medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review this notice carefully. *Este aviso describe la manera en que su información médica personal se puede usar y divulgar y cómo usted puede acceder a esta información. Lea este aviso atentamente.*

Your Privacy is Important to Us: This notice describes how your health information may be used and disclosed while being served at New River Valley Community Services (NRVCS). NRVCS is required to abide by the terms of this notice. *Su privacidad es importante para nosotros: Este aviso describe la manera en que su información médica se puede usar y divulgar mientras recibe los servicios de New River Valley Community Services (NRVCS). A NRVCS se le exige cumplir con los términos de este aviso.*

Documentation: Each time you receive services from us, we make a record of the contact. Types of information kept in your record may include written assessments, individual service plans (ISP), progress notes, diagnoses, treatment records, and transition or discharge plans. *Documentación: Cada vez que recibe nuestros servicios, nosotros lo registramos en su historia clínica. El tipo de información que mantenemos en su historia clínica incluye evaluaciones escritas, planes de servicio individual (ISP), notas de progreso, diagnósticos, registros de tratamientos y planes de transición o alta.*

Billing and Payment Use of Your Health Information: To receive payment of services, your health information may be sent to companies or groups responsible for payment coverage. A bill from NRVCS is sent to the responsible party you have identified. *Uso de su información médica en la facturación y el cobro de servicios: Para que podamos cobrar los servicios brindados, su información médica podrá ser enviada a compañías o grupos responsables por la cobertura del pago. Se envía una factura de NRVCS al responsable que usted haya indicado.*

Your Privacy Rights: are defined under 45 CFR Parts 160 and 164, HIPAA, The American Reinvestment and Recovery Act of 2009, and The Commonwealth of Virginia's Code 35-115-80 and 35-115-90, Human Rights. The HIPAA Privacy Rule establishes rights for recipients of health care and provides clients with authority over their health care information. *Sus derechos de privacidad: se definen en el Código Federal de Regulaciones, sección 45, partes 160 y 164, la Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros Médicos (HIPAA), la Ley de Recuperación y Reinversión de 2009 y el Código del Estado de Virginia, secciones 35-115-80 y 35-115-90 sobre derechos humanos. Las reglas de privacidad de la Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros Médicos (HIPAA) establecen derechos para los receptores de atención médica y otorgan a los clientes autoridad sobre su información médica.*

The HIPAA Privacy Rule Gives You the Right to: Las reglas de privacidad de la Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) le dan el derecho a :

• **Access to Review and Gain Copies of Your Health Records and Make Corrections:** You have the right to have access to your medical record in order to inspect, challenge, copy, amend, or correct it. This right is not absolute. In certain situations, access may be denied if a physician or psychologist believes that reviewing your records would result in harm to self or others. Make this request by contacting your Primary Service Coordinator. If denied access, you will receive a timely, written



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

notice of the decision and reason. A copy of this written notice becomes a part of your record. Acceso para revisar y obtener copias de su historia clínica y hacer correcciones: Usted tiene el derecho de acceder a su historia clínica para inspeccionarla, cuestionarla, copiarla, enmendarla o corregirla. Este derecho no es absoluto. En ciertas situaciones, se le podrá negar el acceso si un médico o psiquiatra cree que revisar su historia clínica puede resultar perjudicial para usted o para terceros. Dirija su solicitud a su coordinador de servicios primarios. En el caso de que se le niegue el acceso, usted recibirá una notificación por escrito de la decisión y la razón por la cual se le niega el acceso. Una copia de esta notificación quedará archivada en su historia clínica.

- Receive an Accounting of Disclosures: You have the right to receive an accounting of all disclosures of your protected health information that were not part of providing treatment, receiving payment, or other health care operations, or already authorized by you. Recibir un informe de divulgaciones: Usted tiene el derecho de recibir un informe de todas las divulgaciones de su información médica protegida que no esté contemplada en la provisión o recepción de su tratamiento u otras operaciones de atención médica, o que usted ya haya autorizado.

- Request a Restriction of Specific NRVCS Employee Access to Your Records: You have the right to request a restriction of use with use and disclosure of your protected health information. We seriously consider all restriction requests and you will be informed whether we are able to use the restriction and still offer effective services, receive payment, and maintain health care operations. Legally we are not required to agree to a restriction if the restriction keeps us from providing or billing for services. Solicitar la restricción de acceso a su historia clínica a empleados específicos de NRVCS: Usted tiene el derecho de solicitar la restricción del uso y la divulgación de su información médica protegida. Nosotros tratamos las solicitudes de restricción con seriedad y le informaremos si podemos poner en práctica la restricción sin dejar de ofrecerle servicios efectivos, recibir pagos y mantener las operaciones de atención médica. No se nos exige legalmente estar de acuerdo con la aplicación de restricciones que nos impidan brindar y facturar nuestros servicios.

- Receive Private & Confidential Communication: You have the right to receive confidential communications about your protected health information. Recibir comunicaciones privadas y confidenciales: Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones de carácter confidencial en relación a su información médica protegida.

- Change How We Contact You: You have the right to request an alternative mode of communication or contact for billing purposes and for service related contacts such as calls to remind you about an appointment. Cambiar la forma en que nos comunicamos con usted: Usted tiene el derecho de solicitar un modo alternativo de comunicación o de contacto para recibir nuestras facturas y para contactos relacionado con los servicios que brindamos, tales como llamadas para recordarle que tiene una cita con su médico.

Use & Disclosure of Information: *Uso y divulgación de la información:*

- "Use" of Your Health Information: Upon signing the agency's Notification of Privacy, Human Rights and Informed Consent for Treatment form, you are allowing NRVCS to use and disclose necessary health information about you within the agency and with business associates in order to provide services, collect payments for services provided, and conduct other day to day business practices. "Uso" de su información médica: Al firmar el formulario de Notificación de privacidad, derechos humanos y consentimiento informado para recibir tratamiento médico, usted está aceptando que NRVCS utilice y divulgue la información médica necesaria sobre usted dentro de la agencia y con sus asociados comerciales a fin de poder brindar sus servicios, cobrar los servicios brindados y llevar a cabo otras prácticas comerciales cotidianas.

- Minimum Necessary Rule: NRVCS and its business associates use the minimum amount of health care information necessary when responding to appropriate needs for information. Regla de la mínima información médica necesaria: NRVCS y sus asociados comerciales proveen la mínima cantidad de información médica necesaria cuando responden a las necesidades de información apropiadas.

- "Disclosure" of Your Health Information: We are required to get your authorization to use or disclose your protected health information when it is shared outside of the agency. Communication and coordination of services with other providers or agencies may be necessary during the course of providing care. We use a written Release of Information form that specifically states what information will be given to whom, for what purpose, and is signed by you or your legal representative. You have the ability to revoke a signed authorization but it would not apply to any sharing of information that already occurred under that authorization. You have a right to obtain a copy of any authorizations you sign. "Divulgación" de su información médica: Se nos exige contar con su autorización previa para el uso y divulgación de su información médica protegida cuando ésta es compartida fuera de la agencia. Es posible que necesitemos comunicarnos y coordinar los servicios provistos a través de otros proveedores o agencias durante la provisión de atención médica. Usamos un formulario de Divulgación de información que determina específicamente qué información será compartida, a quién y para qué propósitos, el cual es firmado por usted o por su representante legal. Usted podrá revocar una autorización firmada, pero la revocación no se aplicará a ninguna información que ya se haya compartido bajo dicha autorización. Usted tiene el derecho de obtener una copia de cualquier autorización que firme.

- When We Cannot Confirm or Deny: If NRVCS employees or business associates are approached with a request for your health care information that we believe to be unauthorized or for which we have no current or active authorization to disclose information signed by you, then we cannot confirm or deny either that you are a client of NRVCS or that we possess health care information about you. If you have needs that require our staff to communicate with others for any purpose, such as transportation or appointment dates and times, please notify us so that we can gain an appropriate authorization for the specific type of communication necessary. Cuando no podemos confirmar o refutar: Si a los empleados o los asociados comerciales de NRVCS se les solicitara su información médica, la cual creemos no estar



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

autorizada para su uso o divulgación, o para la cual no disponemos de autorización activa o vigente para su uso o divulgación firmada por usted, entonces no podremos confirmar o refutar que usted es cliente de NRVCS o que nosotros poseemos información médica sobre usted. En el caso de tener necesidades que requieran que nuestro personal se comuniquen con otras personas por cualquier propósito, como para coordinar su transporte o transmitir la fecha y hora de sus citas médicas, tenga a bien notificarnos a fin de obtener la notificación apropiada para su necesidad de comunicación específica.

Other Ways We May Use Your Health Information: *Otras formas en las que podremos usar su información médica:*

Consultation: In order to effectively provide services, our clinical staff may consult with various service providers within the agency (use). During consultation health information about you may be shared. When you receive regionally based services and more than one CSB is involved in your care, your health information may be shared among participating providers without your written authorization. However, whenever possible, the coordinating or providing organization will either inform you that information was shared or ask you to authorize the sharing of information. In day-to-day business practices, our trained administrative staff may handle and use your health information when filing documents, storing and securing files and folders, process insurance authorizations, perform billing functions, or assure that your information is current and readily accessible to our clinical staff. **Consultas:** *A fin de brindar nuestros servicios de forma efectiva, nuestra personal clínico podrá consultar a varios proveedores de servicios médicos dentro de la agencia (uso). Durante las consultas, su información médica podrá ser compartida. Cuando recibe servicios regionales y más de una Junta de Servicios Comunitarios (CSB) participa en su atención médica, su información médica podrá ser compartida entre los proveedores participantes sin su previa autorización por escrito. Sin embargo, siempre que sea posible, la organización coordinadora o proveedora le informará que su información médica fue compartida o le pedirá su autorización para compartirla. En las prácticas comerciales cotidianas, nuestro personal administrativo calificado puede manipular o usar su información médica al completar documentos, guardar y confinar fichas y legajos médicos, procesar autorizaciones de seguros, o comprobar que su información esté vigente y sea fácilmente accesible por nuestro personal clínico.*

Quality Improvement: As a part of our continuous quality improvement efforts to provide the most effective services, your record may be reviewed by professional auditing staff to assure accuracy, completeness and organization. Your health information may also be reviewed during audits by state and private oversight or regulatory entities. **Mejoramiento de la calidad:** *Como parte de nuestro compromiso permanente en brindar los servicios más efectivos, su historia clínica podrá ser revisada por personal profesional de auditoría a fin de comprobar la exactitud, completitud y organización de la misma. Su información médica también podrá ser revisada durante una auditoría realizada por entidades de control y reguladoras estatales y privadas.*

Enhancing Your Healthcare: Some agency programs provide the following support to enhance your overall health care and may contact you to provide: appointment reminders by phone call or letter informing you about treatment options or information about health-related benefits and services that may be of interest to you. **Mejoramiento de su salud:** *Algunos programas de la agencia proveen los siguientes servicios de apoyo para mejorar su atención médica general, por medio de los cuales podrá ser contactado: recordatorios de citas médicas por teléfono o cartas que le informan sobre opciones de tratamientos o información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.*

Specific Circumstances for Disclosure: Although you have the right to give or not give consent to the disclosure of your health information, NRVCS is allowed or mandated by federal and state law in certain circumstances to disclose specific health information about you without your consent, authorization, or opportunity to agree or object. Communication or sharing of information may occur for the following: **Circunstancias específicas de divulgación:** *A pesar de que usted tiene el derecho de dar o no su consentimiento de divulgar su información médica, a NRVCS se le permite, por ley federal y estatal, divulgar, bajo ciertas circunstancias, información médica específica sobre usted sin su consentimiento, autorización u oportunidad de acuerdo u objeción. La comunicación o divulgación de información podrá ocurrir en los siguientes casos:*

- As required by law (ex: court-ordered warrant, Virginia Health Information) *Según lo exija la ley (p. ej., orden judicial, Virginia Health Information)*
- Public Health activities (ex: communicable diseases) *Actividades sanitarias públicas (p. ej., enfermedades contagiosas)*
- Judicial and Administrative proceedings (ex: Order from a court or administrative tribunal, or legal counsel to the agency, or Inspector General) *Procesos judiciales y administrativos (p. ej., orden de una corte o tribunal administrativo, asesor legal para la agencia, o inspector general)*
- Law Enforcement purposes (ex: reporting of gun-shot wounds; limited information requested about suspects, fugitives, material witnesses, missing persons; criminal conduct on agency premises) *Por exigencia del cumplimiento de la ley (p. ej., informe sobre heridas de armas de fuego, información limitada solicitada sobre sospechosos, fugitivos y testigos materiales, personas perdidas, conducta criminal dentro de las instalaciones de la agencia)*
- To avert a serious threat to health and safety (ex: in response to a statement made by client to harm self or another, or substantial property damage) *Para evitar amenazas serias a la salud y la seguridad (p. ej., en respuesta a una declaración hecha por un cliente sobre dañarse a sí mismo o a terceros o daños sustanciales a la propiedad)*

To protect children or incapacitated adults who are victims of abuse, neglect or exploitation by reporting suspected abuse to the Department of Social Services - Child or Adult Protective Services. *Para proteger a niños y adultos discapacitados que fueran víctimas de abuso, negligencia o explotación, informando la sospecha de abuso a la Oficina de Servicios de Protección a Niños y Adultos del Departamento de Servicios Sociales.*



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

Specialized Government Functions: NRVCS may communicate with state and federal government in certain situations and for certain purposes without your permission. These include: **Military Services** (ex: in response to appropriate military command to assure the proper execution of the military mission); **National Security and Intelligence** activities (ex: in relation to protective services to the President of the United States); **State Department** (ex: medical suitability for the purpose of security clearance); **Correctional Facilities** (ex: to correctional facility about an inmate); **Workers Compensation** to facilitate processing and payment; **Coroners and Medical Examiners** for identification of a deceased person or to determine cause of death. Documentation will be included in your health record of information disclosed without authorization or those not covered under the permissions granted in the Notification of Privacy, Human Rights and Informed Consent for Treatment or your Individualized Service Plan. **Funciones gubernamentales especializadas:** NRVCS podrá comunicarse con el gobierno estatal y federal en ciertas situaciones y a los fines de determinados propósitos sin su consentimiento. Entre ellas se incluyen: **Servicio militar** (p. ej., en respuesta a una orden militar para asegurar la correcta ejecución de una misión militar); **actividades de Seguridad nacional y de inteligencia** (p. ej., en relación a servicios de protección del Presidente de los Estados Unidos); **Departamento de Estado** (p. ej., idoneidad médica con propósitos de autorización de seguridad); **Correccionales** (p. ej., con un correccional sobre un recluso); **Indemnización laboral para facilitar su procesamiento y pago;** **jueces de instrucción y médicos forenses** para la identificación de una persona fallecida o para determinar las causas de su muerte. La documentación será incluida en su historia clínica como información divulgada sin autorización o aquella no cubierta bajo los permisos otorgados en el formulario de Notificación de privacidad, Notificación de privacidad, derechos humanos y consentimiento informado para recibir tratamiento médico o su Plan de servicios individualizado.

Breach Notification: The Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH), which is part of the American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA) enacted February 17, 2009, requires that NRVCS notify you if we discover that your health care information is ever disclosed to, accessed by, or used by an unauthorized person or entity. It also applies to disclosures of protected health information, which compromises the security or privacy of the health information. This type of unauthorized exposure to PHI is referred to as a "breach" and applies to NRVCS and its business associates. NRVCS must respond to breach events by notifying any and all clients whose information was accessed or disclosed and notify the federal government by informing the Department of Health & Human Services. In the event of a privacy breach of your health information you will receive formal written notification. **Notificación de violación:** La Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (HITECH), la cual forma parte de la Ley de Reversión y Recuperación (ARRA), promulgada el 17 de febrero de 2009, exige que NRVCS le notifique si descubriera que su información médica llegara alguna vez a ser divulgada a, o accedida o usada por una persona o entidad no autorizada. La misma también se aplica a divulgaciones de información médica protegida, la cual forma parte de la seguridad o la privacidad de la información médica. Este tipo de exposición no autorizada de información médica protegida constituye una "violación" y se aplica a NRVCS y sus asociados comerciales. NRVCS debe responder a los eventos de violación notificando a todo cliente cuya información médica haya sido accedida o divulgada, al igual que al gobierno federal informando al Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos. En el evento de una violación a la privacidad de su información médica, usted recibirá una notificación formal por escrito.

Use or disclosure of protected health information that is incident to an otherwise permissible use or disclosure and occurs despite reasonable safeguards and proper minimum necessary procedures would not be a violation of the Privacy Rule pursuant to 45 CFR 164.502(a)(1)(iii) and, therefore, would not qualify as a potential breach. Violations of administrative requirements, such as a lack of reasonable safeguards or a lack of training, do not themselves qualify as potential breaches under this law. *El uso y la divulgación de información médica protegida que deriva del uso o divulgación permisible y que ocurra a pesar de haber tomado las medidas de seguridad razonables y de haber llevado a cabo los procedimientos mínimos necesarios no representa una violación a la Ley de Privacidad conforme al Código de Regulaciones Federales, sección 46, artículo 164.502(a)(1)(iii) y, por lo tanto, no se considera una violación potencial. Las violaciones de los requisitos administrativos, como la falta de medidas de seguridad razonables o la falta de capacitación, no representan en sí mismas violaciones potenciales conforme a la ley.*

Disposition and Retention of Medical Records Upon Discharge: As directed by the Code of Virginia, NRVCS includes this information to inform you of how we handle medical records of persons who are no longer in receiving services from our agency. You are welcome to contact us at the address or phone number listed below if you have any questions. **Disposición y retención de registros médicos al alta:** Según lo establece el Código de Virginia, NRVCS incluye esta información para informarle cómo manejamos los registros médicos de las historias clínicas de las personas que ya no reciben servicios de nuestra agencia. Lo invitamos a comunicarse con nosotros a la dirección y el número de teléfono indicados más abajo en caso de tener alguna pregunta.

Our standard procedure is to retain medical records for a period of at least six (6) years past the last date of service. At that time, if there is no indication that the discharged individual is planning to return to our agency to receive services, then the medical records for that individual may be destroyed per Virginia (18VAC85-20-26) which state that practitioners must maintain a patient record for a minimum of six (6) years following the last patient encounter with the following exceptions: **Nuestro procedimiento normal es retener las historias clínicas durante un periodo de al menos seis (6) años desde la fecha**



New River Valley Community Services

Client ID / Client /	10136592 - Lab Test Jr - 1/1/1901	Preferred Name:	Bubba
Date/Time/Duration:	6/12/2024 11:45 PM to 11:46 PM - 1	Visit Type:	Privacy HR and IC
Staff:	Shana Hannah	Service ID:	6053476

de alta. En cualquier momento, si no hubiera indicación de que la persona dada de alta piensa volver a nuestra agencia para recibir nuestros servicios, la historia clínica de dicha persona podrá ser destruida de acuerdo al Código Administrativo de Virginia (18VAC85-20-26), el cual indica que los practicantes deben mantener la historia clínica de un paciente durante al menos seis (6) años desde su último encuentro con el paciente, con las siguientes excepciones:

1. Records of a minor child, including immunizations, must be retained for 24 years after birth, with a minimum time for record retention of six (6) years from the last patient encounter regardless of the age of the child; La historia clínica de un menor, incluyendo las vacunaciones, se debe mantener por 24 años después del parto, con un mínimo tiempo de retención de seis (6) años desde su último encuentro con el paciente, independientemente de la edad del menor;


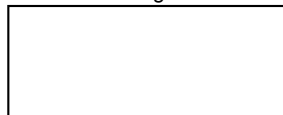
2. Records that have previously been transferred to another practitioner or health care provider or provided to the patient or his personal representative; or La historia clínica que haya sido previamente transferida a otro practicante o proveedor de atención médica, o haya sido provista al paciente o su representante personal; o

3. Records that are required by contractual obligation or federal law to be maintained for a longer period of time. La historia clínica que se exija ser mantenida durante un período más prolongado por obligación contractual o por ley federal.

Was verbal consent/agreement provided by individual and/or Substitute Decision Maker in lieu of signature(s)?: No

Employee Signature

Client Signature

6/12/2024 11:47 PM
Shana Hannah