



Protección de la privacidad del cliente
Servicios para personas mayores de Alejandría

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA):

HIPAA garantiza que la información de salud no se comparta con nadie excepto con el consentimiento de una persona. Las normas de HIPAA se aplican a los proveedores de atención médica o las empresas (incluidas las organizaciones sin fines de lucro) asociadas con información sanitaria y de salud.

Información de identificación personal (PII):

Información que se puede utilizar para distinguir o rastrear la identidad de una persona. Puede incluir, pero no se limita a, completos nombres, números de seguro social, fechas de nacimiento y domicilios.

¿Cómo pueden los voluntarios cumplir con las normas de privacidad y HIPAA?

- Los voluntarios deben hacer todo lo posible para proteger la PII y la información de salud del cliente. No comparta PII o información médica con otras personas o voluntarios. Solo puede compartir PII y/o datos médicos información con el personal de Senior Services of Alexandria (SSA) y el personal médico de emergencia.
- Los voluntarios no deben hacer preguntas médicas a los clientes. Nos damos cuenta de que algunos clientes pueden decirle información médica sin que se le solicite y/o algunas situaciones pueden dejarlo al tanto de información, pero no comparta dicha información más allá del personal de la SSA.
- Las anotaciones de Cambio de Condición deben hacerse únicamente a través de observaciones.

Ejemplo (Comidas sobre ruedas): está entregando una comida y un cuidador abre la puerta. Ella te revela que su madre (la cliente) fue llevada al hospital esta mañana después de una caída. ¿Qué debes hacer? Debes notificar al coordinador de Voluntarios el estado del cliente y seleccionar “no entregado” en tu Móvil Aplicación de comidas. No revele la situación del cliente a nadie más, incluidos los compañeros voluntarios.

Política de Emergencias del Cliente:

Si llega un voluntario para la entrega de comida y encuentra a un cliente en apuros, llame al 911 de inmediato. Puedes quedarte con el cliente hasta que llegue la ayuda, pero le pedimos que no intente proporcionar asistencia médica incluyendo mover al cliente. Notifique a su Coordinador de Voluntarios tan pronto como sea posible.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta), prometo de buena gana mantener en confidencialidad todos los asuntos que surjan a mi atención mientras me ofrecí como voluntario para Senior Services of Alexandria (SSA), incluida información de y sobre clientes y asuntos relacionados con colegas. Respetaré la privacidad de las personas a las que sirvo y conferiré apropiadamente con el personal de la SSA. Además, usaré de manera responsable la información obtenida en el curso de mi servicio para Meals on Wheels, Groceries to Go y/o Friendly Visitor Program y cumplir con Privacidad Normas como se indicó anteriormente.

Nombre: _____

Fecha: _____