



Administrative Offices
1355 Third Avenue
Chula Vista, CA 91911
(619) 426-3595

North Campus
956 Vale Terrace Drive
Vista, CA 92084
(760) 471-4210

www.MAACproject.org

Póliza de Privacidad para recibir Servicios Remotos

MAAC DUIP proporcionará servicios al partícipe remotamente (Telesalud) utilizando la Plataforma de reunión virtual Zoom. Parte de la información personal, como su nombre, dirección de correo electrónico y dirección IP del ordenador, se compartirá con Zoom. Además, algunas reuniones pueden ser grabadas y subidas a una nube para la documentación de la finalización de la sesión. Para participar en las reuniones de Zoom, debe leer y aceptar la póliza de privacidad de Zoom.

MAAC DUIP continuará manteniendo la confidencialidad como se indica en nuestra Política de Confidencialidad. Los participantes también se llevarán al Acuerdo de Confidencialidad firmado al inscribirse.

Para participar en los Servicios de Partícipe Remoto temporales, firme la versión siguiente y envíe por correo electrónico la página firmada a su consejero: [assigned counselor's e-mail].

----- **Comunicado de Servicios para el partícipe** -----

Yo (su nombre) _____, acepto participar en servicios temporales de partícipe remoto (Telesalud) en MAAC DUIP. Entiendo que se requiere tecnología específica para participar, y certifico que tengo acceso a la tecnología requerida. Además, he leído y entiendo la política de privacidad de Zoom. Entiendo que los Servicios de Partícipe Remoto se ofrecen de forma temporal debido a la pandemia de Coronavirus (COVID-19), y que una vez eliminada la amenaza, los servicios al partícipe estarán disponibles únicamente en la ubicación del Programa DUI.

Para recibir crédito por la sesión, entiendo que debo:

- Asistir a la sesión en una sala privada, libre de distracciones.
- Quedarse para toda la sesión.
- No estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas durante la sesión.

Entiendo que se aplicarán cargos por los servicios del Programa DUI durante este tiempo, y que MAAC DUIP me proporcionará opciones de pago y métodos alternativos durante el período de tiempo de Servicios de Partícipe Remoto.

He leído y acepto la póliza de Privacidad de MAAC DUIP y Zoom.

Nombre (Firma)

Date

Nombre (Imprimir)