

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

El paciente que firma autoriza al **Centro de Tratamiento para Alcohol y Drogas** divulgar a y recibir de:

Nombre _____ Domicilio _____

Parentesco _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____

- | | |
|--|--|
| La siguiente información: <i>(ponga sus iniciales)</i> | Para el siguiente propósito: <i>(ponga sus iniciales)</i> |
| _____ Resumen de evaluación | _____ Reembolso de seguridad |
| _____ Progreso de tratamiento | _____ Plan de dado de alta |
| _____ Resultados de laboratorio/ análisis de aliento | _____ Continuación de cuidado |
| _____ Resultados de PPD | _____ Necesidades medicas |
| _____ Historial y examen físico | _____ Reporte de estado |
| _____ Dado de alta por consejero/ plan de cuidado continuo | _____ Progreso de tratamiento |
| _____ Resumen de dado de alta por Doctor | _____ Monitoreo de medicamentos |
| _____ Registros médicos | |
| _____ Datos financieros/seguros | |
| _____ Legales <u>Documentos de sentencia, reporte de arresto, historial criminal, record completo de manejo</u> | _____ Legales <u>corte, libertad condicional, cumplimiento de tratamiento</u> |
| _____ Algún otro _____ | _____ Algún otro _____ |

_____ Evaluación completa de Dependencia de Químicos

_____ Este puede contener información específica de salud mental y / o información de ETS / VIH
(Ponga sus iniciales en la línea). Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas. *Registros de pacientes, 42CFR, Parte 2, y la portabilidad del seguro médico y la Ley de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR, Partes 160 y 164, no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga otra cosa en la normativa. Yo también entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en relación con ella, y que, en cualquier caso, este consentimiento expira automáticamente como sigue:*

_____ Fecha específica, evento, o condición por el cual este documento se vence

La información será revelada de la siguiente forma (s): *(Ponga sus iniciales donde aplique)*
_____ escrito _____ verbal _____ audio _____ video _____ electrónico(incluyendo fax) _____ algún otro _____

Entiendo que generalmente esta agencia podría no darme tratamiento a mi condición ya sea que firme o no esta forma, pero en ciertas limitadas circunstancias se me podría negar el tratamiento si no firmo esta forma de consentimiento.

Firma de participante _____ Testigo _____ Fecha _____

Para menores de 13 años, el participante y el padre o guardián legal deben firmar esta forma.

Firma de padre/guardián legal _____ Fecha _____

AVISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Este aviso se acompaña de una divulgación de información relativa a un cliente en el tratamiento de alcohol / drogas, realizada a su favor con el consentimiento de dicho cliente. Esta información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por las normas de confidencialidad federales (42 C.F.R. Parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente alcohol o abuso de drogas. Información de antecedentes penales obtenida del sistema de justicia criminal está protegido no sólo por las regulaciones federales, pero el estado de Washington (RCW 10.97.050). Esta información no puede ser publicada por el Centro de ningún otro organismo o persona bajo ninguna circunstancia.

Revised 10/24/16 mg