NEW YORK STATE
OFFICE OF ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE SERVICES

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

PARA CLIENTES DE LA JUSTICIA PENAL

Apellido del cliente	Primer Nombre e Inicial de 2° Nombre

Client's New York State Identification Number

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nombre del empleado del ente de remisión

_____

Nombre y dirección del ente de remisión

_____

_____

Referring Entity Type	
[ ] District Attorney	[ ] Parole - General
[ ] Court	[ ] Parole - Release Shock
[ ] Probation	[ ] Parole - Release Willard
	[ ] Parole - Release Resentence

INSTRUCCIONES:	**1) ENVIAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO COMPLETO AL PROVEEDOR DE TRATAMIENTO DEL CLIENTE;** **2) AGREGAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO COMPLETO AL EXPEDIENTE DEL CLIENTE EN LA JUSTICIA PENAL; Y** **3) ENTREGAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO COMPLETO AL CLIENTE / ACUSADO**

1) Yo, el suscrito, Cliente / Acusado, por el presente **DOY MI CONSENTIMIENTO** y autorizo la comunicación entre el **Ente de remisión** mencionado más arriba, mi proveedor de tratamiento por dependencia de sustancias químicas:

_____

y los siguientes: _____

_____

_____

Yo doy mi **CONSENTIMIENTO** para **REVELAR INFORMACIÓN** relacionada con mi evaluación personal actual o anterior, datos de consumo, diagnóstico, tratamientos recomendados, fecha de ingreso y condición de paciente, incluyendo curso y nivel de tratamiento (por ejemplo, residencial, en la comunidad, individual o grupal), mi evolución y adhesión al tratamiento, incluido sin carácter limitativo: mi asistencia o inasistencia al tratamiento, fechas y resultados de análisis toxicológicos y de orina; colaboración con mi programa de tratamiento, pronóstico, finalización del tratamiento o razones para interrumpirlo, fecha de alta, condición al alta y plan de alta.

Dicha información se revela con el **PROPÓSITO** de permitir que los entes mencionados arriba se comuniquen con relación a mis necesidades de tratamiento, actividades, antecedentes y actitudes con respecto a mi evaluación y tratamiento, a efectos de controlar los términos y condiciones del tratamiento, el alta, los objetivos de la administración del caso, y para llevar a cabo otros trámites oficiales; **Y**

2) Además, doy mi **CONSENTIMIENTO** y autorizo la comunicación entre el **Ente de remisión** mencionado más arriba y los Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York New York (*New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS)* ; y autorizo a OASAS a **REVELAR INFORMACIÓN** a la División de Servicios de Justicia Penal del Estado de Nueva York (*New York State Division of Criminal Justice Services, **DCJS***),relacionada con las fechas de ingreso y alta, con el **PROPÓSITO** de realizar actividades de investigación y evaluación del programa. Entiendo que ningún informe o estudio realizado utilizando los datos sobre mi persona obtenidos a partir de esta autorización incluirá datos personales que puedan identificarme, los que se mantendrán en forma confidencial y protegidos de cualquier tipo de divulgación en el futuro.

Yo, el suscrito, he leído la información que antecede y autorizo al personal de los entes de divulgación mencionados arriba a revelar, obtener y compartir dicha información según se especifica. Entiendo que, salvo especificación en contrario, este consentimiento seguirá vigente y no podrá ser revocado por mí hasta la conclusión formal y efectiva o la revocación de mi liberación de prisión, la supervisión de la libertad condicional provisoria, la libertad condicional, la libertad supervisada, la supervisión posterior a la liberación o liberación condicional local u otro procedimiento o decisión de la autoridad a cargo de la liberación bajo cuya supervisión yo haya sido remitido o haya aceptado tratamiento.

También entiendo que la divulgación de datos personales que puedan identificarme está regida por Título 42 del Código de Disposiciones Federales 42 CFR Parte 2 (*Title 42 of the Code of Federal Regulations 42 CFR Part 2*) que dispone acerca de la confidencialidad de los registros de los pacientes que reciben tratamiento por abuso de alcohol y sustancias, así como también por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 – 45 C.F.R. Pts. 160 y 164 (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 [HIPAA] 45 C.F.R. Pts. 160 &164*); y que está prohibido volver a revelar dicha información a otra persona fuera de las personas mencionadas más arriba, salvo mediando nueva autorización escrita de mi parte.

NOTA:	Cualquier dato revelado en conformidad con este formulario **DEBE** estar acompañado del formulario Prohibición de volver a revelar información relacionada con pacientes en tratamiento por dependencia de sustancias químicas (TRS-1)

Entiendo que, en general, el programa no puede condicionar mi tratamiento a mi firma del formulario de consentimiento, pero en algunas circunstancias especiales, se me puede denegar el tratamiento si no firmo un formulario de consentimiento. He recibido una copia de este formulario, tal como lo indica mi firma a continuación.

_____ _____

Nombre del cliente en letra de imprenta Firma del cliente

_____

Fecha