

**CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN DE PACIENTE CON  
ALCOHOLISMO O CONSUMO DE DROGAS  
EVALUACIÓN DE LOCADTR**

Revocado el: \_\_\_\_\_  
Iniciales del miembro del personal: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del segundo nombre
Número de caso		
Centro	Unidad	

**INSTRUCCIONES:** ¡ENTREGUE UNA COPIA DEL FORMULARIO AL PACIENTE! Saque una (1) copia para el expediente del caso del paciente. Si este formulario debe enviarse a otra agencia con una solicitud de información, saque otra copia para el expediente del caso del paciente.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN Y  
OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

**GRADO O NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ U OBTENDRÁ:**

Toda la información necesaria para llevar a cabo una evaluación del Nivel de Cuidado para remisión a tratamiento por alcohol y drogas (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral, "LOCADTR"), personalizada.

**PROPÓSITO O NATURALEZA PARA LA DIVULGACIÓN Y NOMBRE DE LAS ORGANIZACIONES QUE DIVULGAN Y OBTIENEN  
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Autorizo la divulgación de información confidencial a, y entre, la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Consumo de Drogas (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) del estado de Nueva York, el centro de tratamiento certificado por la OASAS anteriormente identificado y el pagador/plan de atención administrada \_\_\_\_\_ de mi tratamiento clínico, incluso la información del Sistema de datos de clientes (Client Data System, CDS) de OASAS y mi número de Seguro Social.

Entiendo que la evaluación para determinar el nivel de cuidado solo se compartirá conmigo, el centro de tratamiento de la OASAS y el pagador/plan mencionado anteriormente, a menos que haya otorgado mi autorización por escrito para compartir la información con otras agencias, programas o entes pagadores.

Asimismo, entiendo que no se puede evaluar información que no sea de identificación personal para que se pueda analizar la herramienta de medición LOCADTR.

Yo, el suscrito, leí la información anterior y autorizo a la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Consumo de Drogas del estado de Nueva York y al personal del centro de tratamiento certificado por la OASAS anteriormente nombrado para que divulguen y obtengan la información especificada en el presente documento.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción en base al mismo. Este consentimiento vencerá dentro de los seis (6) meses siguientes a su firma, a menos que a continuación se especifique otro plazo, evento o situación, en cuyo caso, aplicará dicho plazo, evento o situación. Asimismo, entiendo que cualquier divulgación de mi información de identificación personal está protegida por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) que rige la confidencialidad de los registros de tratamiento por consumo de drogas y alcohol, así como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, 45 CFR, secciones 160 y 164; y que la nueva divulgación de esta información adicional a cualquier parte diferente de las indicadas anteriormente está prohibida sin mi autorización por escrito.

**NOTA:**

Cualquier información divulgada por medio de este formulario **DEBE** ir acompañada del formulario **Prohibición de redivulgación de la información relacionada con el alcoholismo y consumo de drogas del paciente** (TRS-1)

Entiendo que por lo general el programa no puede condicionar mi tratamiento a la firma de un formulario de consentimiento, pero que en algunas circunstancias limitadas me pueden denegar el tratamiento si no firmo tal formulario. Recibí una copia de este formulario.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/tutor legal en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)