

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

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! Prepare una (1) copia para el historial del paciente. Si este formulario debe enviarse a otra agencia con una solicitud de información, saque otra copia para el historial del paciente.

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

GRADO DE LA NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ U OBTENDRÁ

Toda la información necesaria para investigar el(los) supuesto(s) incidente(s) de abuso o negligencia u otros incidentes considerables, en los que se me haga referencia de algún modo.

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

- 1) Autorizo la divulgación de información confidencial a, y entre, la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) de New York State, la Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services, OCFS), que incluye la Oficina de Audiencias Especiales (Bureau of Special Hearings) y el Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales (Justice Center for the Protection of People with Special Needs (JC) del Estado de Nueva York, que incluye el Registro Central de Personas Vulnerables (Vulnerable Persons Central Register, VPCR), con el propósito de investigar o determinar el(los) supuesto(s) incidente(s) de abuso o negligencia, u otros incidentes considerables en los que se me haga referencia de algún modo.
- 2) Asimismo, si soy menor de 18 años, doy mi consentimiento para este programa, a la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias (OASAS), a la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) y al Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales (JC) para notificar a mis padres o tutor legal acerca del(los) supuesto(s) incidente(s) de abuso o negligencia u otros incidentes considerables en los que se me haga referencia de algún modo.

Yo, el que suscribe, he leído la información anterior y autorizo al personal de la institución nombrada para que divulgue y obtenga 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 con base en el mismo. Este consentimiento caducará 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 la información de identificación está protegida por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), Parte 2, que rige la confidencialidad de los registros de pacientes que padecen de abuso de drogas y alcohol, así como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), C.F.R. 45, secciones 160 y 164; y que la nueva divulgación de esta información adicional a una tercera parte diferente de las indicadas anteriormente está prohibida sin mi autorización por escrito.

Plazo, evento o situación que reemplace el plazo arriba mencionado: finalización de la investigación realizada por el JC a una acusación de abuso o negligencia u otro incidente considerable, de conformidad con la Sección 501 de las Leyes de 2012 (Laws of 2012) y la determinación de un proceso bajo el artículo 6, título 6 de la Ley de Servicios Sociales de Nueva York (NY Social Services Law).

NOTA: Cualquier información divulgada por medio de este formulario **DEBE** ir acompañada del formulario **Prohibición de nueva divulgación de la información relacionada con el alcoholismo y el 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 un formulario de consentimiento. Recibí una copia de este formulario, lo cual reconozco con mi firma a continuación.

(Firma del paciente)

(Firma del padre/tutor)

(Nombre del paciente en letra de molde)

(Nombre del padre/tutor en letra de molde)

(Fecha)

(Fecha)