

Estado de Nueva York
OFICINA DE SERVICIOS PARA EL ALCOHOLISMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

NOTA: Este formulario debe ser "engrapado" a todas las divulgaciones/ revelaciones de informacion que concierne pacientes de abuso de sustancias.

**PROHIBICION DE RE-DIVULGAR INFORMACION QUE CONCIERNE A UN
PACIENTE DE ABUSO DE SUSTANCIAS**

(Debe acompañar la divulgacion de informacion hecho con el consentimiento del paciente de abuso de sustancias)

Esta informacion ha sido divulgada a usted de los archivos protegidos por las reglas de confidencialidad Federales (42 CFR parte 2 y HIPAA). Las leyes federales le prohíbe a usted divulgar esta informacion mas adelante a menos que esta divulgacion adicional no sea expresamente permitida con el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o como sea permitido por 42 CFR Part 2 y/o HIPAA. Una autorizacion general para la divulgacion de informacion medica o otra informacion NO es suficiente para este proposito. La reglas federales restringen el uso de esta informacion para cualquier investigacion criminal o para proseguir cualquier paciente de abuso de sustancias.