

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS QUÍMICAS PARA VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre:
Miembro del personal del proveedor de la vivienda de apoyo:
Nombre y dirección del proveedor de vivienda:

Número de identificación de Medicaid del solicitante
--

INSTRUCCIONES: 1) PROPORCIONAR AL SOLICITANTE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO LLENO; 2) AGREGAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO LLENO AL EXPEDIENTE DEL SOLICITANTE Y

1) Yo, el infrascrito solicitante, por este medio **DOY MI CONSENTIMIENTO** y autorizo la comunicación entre el mencionado **proveedor de vivienda**, la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York (OASAS); el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, DOH) y el Centro Nacional contra la Adicción y el Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, CASA).

Yo **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** relacionada con mi: nombre, primera inicial del segundo nombre; apellido; apellido de soltera; número de identificación de Medicaid; fecha de nacimiento; número de seguro social; sexo al nacer, sexo, fecha de inicio de la vivienda de apoyo, fecha de finalización de la vivienda de apoyo, fecha de este consentimiento e información pertinente del sistema de Medicaid del Estado de Nueva York y el sistema de datos de los clientes de la OASAS.

Dicha divulgación tiene el **PROPÓSITO** de permitir a las entidades mencionadas arriba la comunicación relacionada con mis necesidades de tratamiento, actividades, historia clínica y evaluación de mi tratamiento para fines de monitoreo, manejo de casos y para realizar otras tareas oficiales;

Y

2) Además, **DOY MI CONSENTIMIENTO** y autorizo la comunicación entre el mencionado **proveedor de vivienda** y la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York (OASAS); y a OASAS para **DIVULGAR** la arriba mencionada **INFORMACIÓN** al Centro Nacional contra la Adicción y el Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia (CASA), con el **PROPÓSITO** de análisis de utilización de Medicaid y actividades de evaluación del programa. Entiendo que cualquier informe o estudio recabado de mis registros que se divulgue en virtud de esta autorización no incluirá información de identificación personal, que será confidencial y protegida de redivulgaciones.

Yo, el infrascrito, leí la información anterior y autorizo al personal de las entidades divulgadoras mencionadas a divulgar, obtener y compartir dicha información, según se establece en el presente documento. Entiendo que, a menos que se especifique de otra manera, este consentimiento estará en vigencia durante cinco años después de que firme este consentimiento o abandone mi unidad de vivienda de apoyo, lo que suceda después, a menos que yo revoque este consentimiento.

Además, entiendo además, que cualquier divulgación de mi información de identificación personal está protegida por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales que rige la confidencialidad de los registros de tratamiento por abuso 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 C.F.R. Partes 160 y 164, y la nueva divulgación de esta información 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 los pacientes que reciben tratamiento por dependencia a sustancias químicas (Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient) (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, que reconozco con mi firma abajo.

(Nombre del solicitante en letra de molde)

(Firma del solicitante)

(Fecha)