



# Office of Addiction Services and Supports

REVOCADO EL \_\_\_\_\_ Firma personal \_\_\_\_\_

APELLIDO DEL PACIENTE	NOMBRE	I.M.
CASO N.º		
CENTRO	UNIDAD	

## CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE PACIENTE CON PATOLOGÍA/PROBLEMAS DE JUEGO

**INSTRUCCIONES:** ¡ENTREGUE UNA COPIA DEL FORMULARIO AL PACIENTE! Prepare una (1) copia para el Registro del caso del paciente. Si este formulario se utiliza para facturar, preparar una copia adicional para el Agente de recursos y reembolsos. Si este formulario se envía a otra agencia con un pedido de información, preparar una copia adicional para el Registro del caso del paciente.

### [DIVULGACIÓN/[REVELACIÓN] CON AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (MARCAR CON UN CÍRCULO)]

ALCANCE O NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR/REVELAR	
PROPÓSITO O NECESIDAD DE LA DIVULGACIÓN/REVELACIÓN	
NOMBRE O TÍTULO DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE DIVULGA/REVELA INFORMACIÓN  Entre:	NOMBRE O TÍTULO DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN A QUIEN SE LE DIVULGARÁ/REVELARÁ INFORMACIÓN  Y:

Yo, quien suscribe, leí lo anterior y autorizo al personal del centro que divulga/revela nombrado a divulgar/revelar la información según se incluye en el presente. Comprendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción dependiendo de él. Este consentimiento vencerá en seis (6) meses a partir de su firma, a menos que se especifique a continuación un período de tiempo, evento o condición diferente, en cuyo caso dicho período de tiempo, evento o condición se aplicarán. También comprendo que toda divulgación/revelación debe cumplir con la ley del Estado de Nueva York y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"); y que se prohíbe una nueva divulgación de esta información a cualquier otro tercero que no se designe anteriormente sin una autorización por escrito adicional de mi parte.

Período de tiempo, evento o condición que reemplaza el período arriba establecido: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Toda información divulgada mediante este formulario estará acompañada del formulario de prohibición de Nueva divulgación de información sobre un paciente con patología/problemas de juego.

Comprendo que, por lo general, el programa no podrá condicionar mi tratamiento en base a mi decisión de firmar o no un formulario de consentimiento, pero que en ciertas circunstancias limitadas, se me podrá negar tratamiento si no firmo el formulario de consentimiento. Recibí una copia de este formulario, lo que se prueba con mi firma a continuación.

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

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor, cuando sea necesaria)

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

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

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

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