



# Office of Addiction Services and Supports

## CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE PACIENTE CON PROBLEMAS DE JUEGO EVALUACIÓN DE LOCADTR

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

Apellido del paciente	Nombre	I.M.
Número de caso:		
Centro	Unidad	

**INSTRUCCIONES:** ¡ENTREGUE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL PACIENTE! Prepare una (1) copia para el registro del caso del paciente. Si este formulario se envía a otra agencia con un pedido de información, preparar una copia adicional para el registro del caso del paciente.

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGAR Y OBTENER INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

#### ALCANCE DE LA NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR U OBTENER:

Toda la información necesaria para completar una evaluación de Determinación de nivel de atención (Level of Care Determination, LOCADTR) para el tratamiento del problema de juego.

#### PROPÓSITO O NATURALEZA DE LA DIVULGACIÓN/REVELACIÓN Y NOMBRE DE LAS ORGANIZACIONES QUE DIVULGARÁN Y OBTENDRÁN INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

Autorizo la divulgación de información confidencial a la Oficina de Servicios y Apoyo para Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, OASAS) de Nueva York, al centro de tratamiento certificado por OASAS identificado anteriormente y al Pagador/Plan de atención administrado \_\_\_\_\_ de mi tratamiento clínico, entre otros, incluso la información del Sistema de datos de juego (Gambling Data System, GDS) de OASAS y mi Número del Seguro Social.

Comprendo que la evaluación de determinación del nivel de atención solo se compartirá conmigo, el centro de tratamiento de OASAS y el Pagador/Plan identificado anteriormente. A menos que haya concedido permiso por escrito para compartir información con otras agencias, programas o pagadores.

Comprendo también que podrá evaluarse información de identificación no personal para que se pueda evaluar la eficacia de la herramienta de evaluación de LOCADTR.

Yo, quien suscribe, leí lo anterior y autorizo a la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones del Estado de Nueva York y al personal del centro de tratamiento certificado por OASAS nombrado anteriormente a divulgar y obtener la información aquí especificada.

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 de información de identificación está regulada por los artículos 160 & 164 del título 45 del C.F.R. de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

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. He recibido una copia de este formulario.

(Firma del paciente)

(Firma del padre/tutor sea necesaria)

(Nombre del paciente en letra de imprenta)

(Nombre del padre/tutor en letra de imprenta)

(Fecha)

(Fecha)