

**CONSENTIMIENTO DE LIBERACIÓN DE
INFORMACIÓN REFERENTE A PERSONAS CON
TRASTORNO DEL USO DE SUSTANCIAS**

APELLIDO DEL SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEL PACIENTE	INICIAL
NRO. DEL CASO		
CENTRO	UNIDAD	

INSTRUCCIONES:

¡ENTREGUE UNA COPIA DEL FORMULARIO AL PACIENTE! Prepare una (1) copia para el expediente del caso del paciente. Si este formulario se usa para propósitos de facturación, prepare una copia adicional para el agente de Recursos y Reembolsos. Si este formulario se envía a otra agencia con una solicitud de información, prepare una copia adicional para el expediente del caso del paciente.

**[DIVULGACIÓN] / [LIBERACIÓN] CON EL CONSENTIMIENTO
DEL PACIENTE**

ALCANCE O NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN QUE SE VA A DIVULGAR / LIBERAR (ENCIERRE EN UN CÍRCULO)

PROPÓSITO O NECESIDAD DE LA DIVULGACIÓN/LIBERACIÓN (ENCIERRE EN UN CÍRCULO)

NOMBRE O TÍTULO DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN
QUE DIVULGA / LIBERA LA INFORMACIÓN

Entre:

NOMBRE O TÍTULO DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN A QUIEN SE
DIVULGA / LIBERA LA INFORMACIÓN

Y:

Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y autorizo al personal del centro nombrado que divulga/libera a divulgar/liberar dicha información tal y como se recoge en el presente documento. Entiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones en base a él. Este consentimiento expirará a los seis (6) meses de su firma, a menos que se especifique a continuación un período, evento o condición diferente, en cuyo caso se aplicará dicho período, evento o condición. También, comprendo que toda divulgación / liberación está sujeta al Título 42 del Código de Reglamentos Federales que rige la confidencialidad de los registros de los pacientes con trastornos del uso de sustancias, así como a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") el Título 45 del C.F.R. Partes 160 y 164; y que se prohíbe la redistribución de esta información a una parte distinta de la designada anteriormente sin una autorización adicional por escrito de mi parte.

Periodo de tiempo, evento o condición que reemplaza el periodo especificado anteriormente: _____

NOTA:

Cualquier información divulgada a través de este formulario irá acompañada del formulario de prohibición de redistribución de información sobre personas con trastornos del uso de sustancias (TRS-1)

Comprendo que, por lo general, el programa no puede condicionar mi tratamiento a que yo firme un formulario de consentimiento, pero que en ciertas circunstancias limitadas se me puede negar el tratamiento si no firmo un formulario de consentimiento. He recibido una copia de este formulario, como lo reconoce mi firma a continuación.

(Firma del paciente)

(Firma del padre o tutor, cuando sea necesaria)

(Nombre del paciente en letra imprenta)

(Nombre del padre o tutor en letra imprenta)

(Fecha)

(Fecha)