

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN SOBRE PERSONAS CON UN
TRASTORNO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
EN UNA INSTALACIÓN Y SU CONDICIÓN MÉDICA
GENERAL**

APPELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE	M.I.
CASO NO.		
CENTRO		

INSTRUCCIONES: ¡ENTREGUE UNA COPIA DEL FORMULARIO AL PACIENTE! Prepare una (1) copia para el expediente del caso del paciente

Yo, el abajo firmante, autorizo al personal de este centro a decir que estoy presente o no en esta instalación y proporcionar información sobre mi condición general a las personas que se enumeran a continuación y que estén personalmente interesadas en mi ubicación y progreso. Estoy de acuerdo con que se notifique a mis familiares más cercanos que se enumeran a continuación en caso de que ocurra una lesión, enfermedad u otra emergencia.

Nombre del pariente más cercano	Teléfono
Dirección	

NOMBRE(S) DE LA(S) PERSONA(S) INTERESADA(S)	PARENTESCO

Entiendo que puedo retirar este consentimiento, por escrito, excepto en la medida en que se haya divulgado información autorizada basándose en él. En cualquier caso, este consentimiento vencerá un (1) mes después de recibir el alta de esta instalación. También entiendo que cualquier divulgación hecha en mi nombre por esta instalación está sujeta al Título 42 del Código de Regulaciones Federales, que rige la confidencialidad de los registros de trastornos por uso de sustancias, así como a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

(Firma del paciente)

(Firma del padre/madre/tutor, cuando sea necesario)

(Nombre del paciente en letra de imprenta)

(Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta)

(Fecha)

(Fecha)