

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL
RELACIONADA CON HISTORIAL DE TRATAMIENTO
DE ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS
**CON EL FIN DE OBTENER
BENEFICIOS DE SEGUROS**

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del segundo nombre
N.º CASO		
CENTRO		UNIDAD

INSTRUCCIONES: ENTREGAR UNA COPIA DEL FORMULARIO AL PACIENTE. Conservar un original de este consentimiento.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL QUE LO IDENTIFICA

GRADO O NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

Yo _____ por este medio otorgo a _____, la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias del estado de Nueva York (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services), Departamento de Salud del estado de Nueva York (New York State Dept of Health), Departamento de Seguros del estado de Nueva York (New York State Insurance Dept), Procurador general del estado de Nueva York (New York State Attorney General) y mi proveedor de seguros, permiso para divulgar y revelar información y divulgar entre ellos información relacionada con facturación de seguros, beneficios y reembolso, incluida la información clínica necesaria relacionada con problemas de facturación, beneficios y reembolsos, por servicios que he recibido de este programa.

PROPÓSITO O NECESIDAD DE LA DIVULGACIÓN

Para permitir que la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias del estado de Nueva York (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services), Departamento de Salud del estado de Nueva York (New York State Dept of Health), Departamento de Seguros del estado de Nueva York (New York State Insurance Dept), Procurador general del estado de Nueva York (New York State Attorney General) me ayuden a mí y a mi proveedor de tratamiento de drogas a obtener los beneficios de seguros y los reembolsos por los servicios prestados.

Yo, el suscrito, he leído lo anterior y autorizo al personal de _____, la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias del estado de Nueva York (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services), Departamento de Salud del estado de Nueva York (New York State Dept of Health), Departamento de Seguros del estado de Nueva York (New York State Insurance Dept), Procurador general del estado de Nueva York (New York State Attorney General) y mi proveedor de seguros a divulgar y obtener dicha información, de la forma aquí especificada. Entiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción en base al mismo y que este consentimiento podría expirar automáticamente de conformidad con lo siguiente:

_____ Cuando se han resuelto los problemas relacionados con facturación, beneficios y reembolsos o

_____ (Especificar otra situación en la que se puede revocar o cancelar el consentimiento)

Además, entiendo además, que cualquier divulgación/revelación de mi información de identificación personal está protegida por el 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 la indicada 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 el alcoholismo y abuso de sustancias del paciente (Prohibition on Redislosure of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient)

Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado a mi firma en este formulario de consentimiento. Recibí una copia de este formulario, que reconozco con mi firma abajo.

(Firma del paciente)

(Firma del padre/tutor, si es necesario)

(Nombre del paciente en letra de molde)

(Nombre del padre/tutor en letra de molde)

(Fecha)

(Fecha)

Describa la autoridad para firmar a nombre del paciente: _____