

AUTORIZACION DE ACCESO A INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo, _____, por medio de la presente autorizo al Departamento de Servicios de Prevención contra las drogas y el alcoholismo del Condado de Chester a entregarle a _____ la siguiente información:

1. Asistencia al tratamiento, incluyendo la fecha de admisión y alta del tratamiento.
2. Nivel de atención del trabajo recomendado (resultados de ASAM o PCPC).
3. _____

SE NECESITA ESTA INFORMACIÓN CON EL SIGUIENTE PROPÓSITO:

1. Para obtener y coordinar los beneficios del seguro médico con el objetivo de costear el tratamiento:

Tengo pleno conocimiento de que la información antes mencionada ha sido obtenida de los archivos cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes federales y del estado. Las regulaciones federales (42 CFR parte 2), prohíben cualquier divulgación de información confidencial a menos que la persona involucrada así lo acepte o esté permitido bajo las propias regulaciones. Con este objetivo NO es suficiente una autorización corriente para acceder a la información médica o de otro tipo.

Tengo pleno conocimiento de que puedo revocar esta autorización en el momento que así lo desee con previa notificación por escrito al Departamento de Servicios de Prevención contra las drogas y el alcoholismo del Condado de Chester y al Centro de Servicios del Gobierno con dirección en: Suite 325, 601 Westtown Rd., West Chester, PA 19382-4523, a excepción de que la ejecución de este acto haya sido con mi previo consentimiento.

Se me ha entregado una copia de este documento y yo estoy (por favor escriba sus iniciales en el espacio apropiado):

_____ De acuerdo _____ Rehusó

firma del cliente

fecha

firma del testigo

fecha

firma del testigo

fecha

fecha de expiración