

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL DEL CONDADO DE CHESTER
UNIDAD DE MANEJORE DE CASOS

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____ por medio de la presente doy mi consentimiento y autorizo a:

Chester County Department of Drug and Alcohol Services, Case Management Unit

Nombre de la Persona, Instalación u Organización

Pare que DIVULGUE a:

PA Department of Human Services (DHS) and Community Care Behavioral Health (CCBH)

Nombre de la Persona, Instalación u Organización

La siguiente información sobre MI PERSONA:

- Estadía bajo tratamiento (incluyendo fechas de admisión y dada de alta)
 Pronóstico/Diagnóstico
 Breve descripción del progreso
 Otra (especificar): recomendaciones para el tratamiento

Adicionalmente se puede divulgar la siguiente información sobre MI PERSONA, **además de la información antes indicada**, a Community Care Behavioral Health (CCBH)

- Elegibilidad para Financiamiento
 Involucramiento Previo de Manejo de Casos.

ESTA INFORMACIÓN ES REQUERIDA PARA LOS PROPÓSITOS SIGUIENTES:

- Para coordinar la prestación de tratamiento.
 Ayudar para obtener beneficios de tratamiento/financiamiento para servicios de Drogas y Alcohol

Entiendo que la información antes indicada ha sido recabada de registros cuya confidencialidad se encuentra protegida por el estatuto federal de confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de sustancias, sección 543 de la Ley de Servicios de Salud Pública, 42, U.S.C. 290dd-2, y su regulación de implementación, 42 C.F.R. parte 2; La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, y la regulación para su implementación; y la Ley de Pensilvania de Control de Abuso de Drogas y Alcohol, 71 P. S. § 1690.1010 et seq.

La Regulación Federal (42 CFR Parte 2) prohíbe cualquier divulgación adicional a menos que la divulgación adicional sea expresamente autorizada mediante el consentimiento escrito de la persona a la cual pertenece, o sea permitida por dicha regulación. Una autorización general para la divulgación de información medica u otra información **NO** es suficiente para este propósito.

Entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, mediante notificación al Departamento de Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de Chester, Government Services Center, 601 Westtown Road, Suite 124, P.O. Box 2747, West Chester, PA 19380-0990, verbalmente o por escrito, con la excepción de acciones que hayan sido tomadas previamente en base a mi consentimiento.

Entiendo que, por lo general, el Departamento de Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de Chester County no puede condicionar mi tratamiento al que yo firme o no un formulario de consentimiento, pero que en ciertas circunstancias se me puede negar tratamiento si no firmo un formulario de consentimiento.

Se me ha ofrecido una copia de este documento y la he: _____ Aceptado _____ Rechazado

Fecha de Vencimiento: _____

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha