

AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____ por medio de la presente autorizo a:

Centro de Atención del Departamento de Servicios contra las drogas y el alcoholismo del condado de Chester Centro de los Servicios del gobierno
(Nombre y apellidos de la persona/Centro / Organización)
601 Westtown Road, Suite 124, West Chester, PA 19380 (610) 344-5630
(Dirección/ciudad/estado/teléfono)

a divulgar la siguiente información sobre mi persona con el siguiente propósito:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ser elegible para usar los fondos | <input type="checkbox"/> Recomendaciones para el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Evaluación/Historial | <input type="checkbox"/> Estado legal actual/Participación |
| <input type="checkbox"/> Impresión del diagnóstico/pronóstico | <input type="checkbox"/> Continuación del plan médico |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ | |

La información es para ser expedida a las siguientes agencias del condado de Chester:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bowling Green | <input type="checkbox"/> Gatehouse for Women | <input type="checkbox"/> Mirmont | <input type="checkbox"/> WDR – Cove Forge |
| <input type="checkbox"/> Catholic Charities | <input type="checkbox"/> Gaudenzia House WC | <input type="checkbox"/> Nuestra Clinica | <input type="checkbox"/> WDR – New Directions |
| <input type="checkbox"/> Clem Mar House | <input type="checkbox"/> Good Friends | <input type="checkbox"/> People w/Hope | @ Cove Forge |
| <input type="checkbox"/> Colonial House | <input type="checkbox"/> Hardwood House | <input type="checkbox"/> Penn Foundation | <input type="checkbox"/> WomanSpace |
| <input type="checkbox"/> Commonground | <input type="checkbox"/> Keystone | <input type="checkbox"/> Samara House | <input type="checkbox"/> Otras, especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> Concept-90 | <input type="checkbox"/> Keenan House | <input type="checkbox"/> Tx Trends - HWH | |
| <input type="checkbox"/> Daystar | <input type="checkbox"/> Kindred House | <input type="checkbox"/> Today | |
| <input type="checkbox"/> Eagleville | <input type="checkbox"/> Malvern | <input type="checkbox"/> WDR-Lancaster | |
| <input type="checkbox"/> Gatehouse for Men | <input type="checkbox"/> Libertae | <input type="checkbox"/> WDR-Allenwood | |

Esta información es necesaria para permitir, coordinar y proveer el tratamiento.

Tengo pleno conocimiento de que la información antes mencionada ha sido obtenida de los archivos cuya confidencialidad está protegida bajo las regulaciones federales y del estado sobre la confidencialidad de los archivos de pacientes con problemas de drogas y alcoholismo, en la sección 543 del Acta de Servicios de Salud Pública , por la regulación 42 del U.S.C, acápite 290dd-2 y la regulación contenida, la 42 CFR parte 2, por el Acta del Portador y la Cuenta del Seguro de salud de 1996 y sus regulaciones implementadas y las contenidas en el Acta de Control de abuso de drogas y alcoholismo de Pensilvania, 71 P.S y de 1690. 1010 acápite.

Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) prohíben cualquiera divulgación de información confidencial a menos que la persona involucrada así lo acepte por escrito o esté permitido por las propias regulaciones. Por esta razón, NO es suficiente una autorización corriente para acceder a la información médica o de otro tipo con este propósito.

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 124, 601 Westtown Road, West Chester, PA 19380-2747, a excepción de que la ejecución de este acto haya sido con mi previo consentimiento.

Tengo pleno conocimiento de que por lo general, el Departamento de Servicios de prevención contra las drogas y el alcoholismo puede condicionar mi tratamiento, haya yo firmado o no el formulario para autorizarlo, pero en algunos casos se me puede negar el tratamiento si no firmé el formulario de autorización.

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

- Acepto Rehusó

Fecha de expiración: _____

Firma del cliente

fecha

Firma del testigo

fecha

