

Departamento de Servicios de Drogas & Alcohol del Condado de Chester

Unidad de Manejo de Casos

Consentimiento para Entregar Información Confidencial

Yo, _____ por medio de la presente consiento y le autorizo a:
La Unidad de Manejo de Casos del Departamento de Servicios de Drogas & Alcohol del Condado de Chester

Nombre de la persona o centro u organización

Entregar a:

Nombre de la persona o centro u organización

la siguiente información perteneciente a MÍ MISMO, la información a ser divulgada es:

_____ Presencia en Tratamiento(incluido fechas de Adm. y Alta)	_____ Informe de Alta
_____ Historia Médica y Examen físico	_____ Plan de Cuidado Continuo
_____ Pronóstico/Diagnóstico	_____ Historia/Evaluación
_____ Descripción breve del progreso	_____ Elegibilidad Para Fondos
_____ Participación Previa con el Manejo del Caso	_____ Plan de Tratamiento
_____ Evaluaciones Psiquiátricas	_____ Otra (Especificar)

Se necesita esta información para los siguientes propósitos:

_____ Para proveer/Coordinar los servicios de apoyo.
_____ Para comunicar la admisión al tratamiento, incluso pero no limitado al diálogo sobre las necesidades de ropa y transporte.
_____ Estado de Inscripción y Desinscripción con Beneficios de Seguro
_____ Para ayudar a determinar la exactitud de la información reportada del cliente y reunir información adicional para mejor informar a los de la unidad y para que ellos puedan determinar cual sería el tratamiento recomendado
_____ Para ayudar la realización de intervenciones con el proveedor de tratamiento y/o el cliente.
_____ Comunicar/coordinar los servicios en caso de emergencia
_____ Otro (especificar)

Yo entiendo que la información anterior ha sido divulgada de los registros cuya confidencialidad está protegida por el estatuto de la confidencialidad federal de los registros de pacientes de abuso de sustancias ,sección 543 de la Ley de Servicio de Salud Pública, 42, USC 290dd-2, y su reglamento de aplicación, 42 C.F.R. parte 2; la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud, y su reglamento de aplicación; y La Ley de control de Abuso de Drogas y Alcohol de Pennsylvania, 71 P. S. § 1690.1010 et seq.

Los Reglamentos Federales (42 CFR Parte 2) prohíben cualquier otra divulgación salvo que tal divulgación esté autorizada de manera explícita por un consentimiento escrito de la persona a la cual le pertenece, o salvo que tal divulgación sea permitido por el reglamento. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información, NO es suficiente para este propósito.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento con un aviso, oral o escrito, al Departamento de Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de Chester, Centro de Servicios Gubernamentales, 601 Westtown Road, Suite 124, P.O. Box 2747, West Chester, PA 19380-0990. La excepción sería hasta la medida que han tomado acción en dependencia de mi consentimiento.

Yo entiendo que por lo general, el Departamento de Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de Chester, no puede poner mi firma en el formulario de consentimiento como condición de mi tratamiento pero en ciertas circunstancias, se me puede negar el tratamiento si no firmo el formulario de consentimiento.

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

Fecha de vencimiento: _____

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____