

# AUTORIZACIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN 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 revelar al \_\_\_\_\_ la siguiente información:

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

## SE NECESITA ESTA INFORMACIÓN CON EL SIGUIENTE PROPÓSITO:

1. Para obtener y coordinar los beneficios del seguro para costear 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. Las regulaciones federales (42CFR part 2) prohíben cualquiera divulgación de información confidencial a menos que la persona involucrada así lo acepte o esté permitido por las propias regulaciones. Con este objetivo No es suficiente para estos fines 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

\_\_\_\_\_  
fecha de expiración