

**GRUPO DE DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE
PREVENCIÓN CONTRA LAS DROGAS Y EL ALCOHOLISMO
AUTORIZACIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

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

nombre y apellidos/ centro / organización

dirección /ciudad /estado /teléfono

a continuación aparece la información sobre mí persona a la que se puede acceder:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia al tratamiento (incluyendo las fechas de ingreso y de alta) | <input checked="" type="checkbox"/> Expediente de |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input checked="" type="checkbox"/> Continuidad del plan de curación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstico, breve descripción del progreso y pronóstico | <input checked="" type="checkbox"/> Historia y/o valoración del caso |
| <input type="checkbox"/> Prueba psicológica o evaluación protectora | <input checked="" type="checkbox"/> Elegibilidad para los fondos |
| <input type="checkbox"/> Questionarios a las personas concernientes | <input type="checkbox"/> Plan del |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dirección administrativa previamente envuelta en el caso | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

ESTA INFORMACIÓN SE NECESITA CON EL PROPÓSITO DE:

- Para proporcionar el tratamiento en curso y/o continuar la curación y/o servicios de ayuda
- Para proporcionar servicios educacionales
- Para coordinar los esfuerzos del tratamiento con mi familia o las personas que conciernen
- Para coordinar con mi empleador los esfuerzos del tratamiento y la curación
- Permitir a los jueces, abogados y oficiales de probación bajo palabra a apoyar los objetivos del tratamiento o tomar decisiones legales a mi favor
- Inscripción y baja del tratamiento
- Para obtener seguro médico, empleo o beneficios del gobierno
- Otros _____

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 cualquier 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 a mi terapeuta 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

Fecha de expiración _____

firma del cliente

fecha

firma del testigo

fecha