

**Consentimiento para Emitir Información Confidencial**

Yo, \_\_\_\_\_ por medio de la presente consiento y le autorizo a:

\_\_\_\_\_ **Departamento de Servicios de Drogas & Alcohol del Condado de Chester** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o centro u organización

**Government Services Center, 601 Westtown Road, Suite 124, West Chester, PA 19380 (610) 344-5630**

Dirección/Ciudad/Estado/Teléfono

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad Para Fondos               | <input type="checkbox"/> Recomendaciones para Tratamiento    | <input type="checkbox"/> Otra (Especificar) emitir de nuevo |
| <input type="checkbox"/> Evaluación/Historia                    | <input type="checkbox"/> Estado/Involucramiento Legal Actual | los resultados PPD obtenidos de                             |
| <input type="checkbox"/> Impresiones del Diagnóstico/Pronóstico | <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado Continuo            | la prisión  |

La información será reenviada a las siguientes agencias del Condado de Chester:

Bowling Green <input type="checkbox"/> Broad Street <input type="checkbox"/> Catholic Charities <input type="checkbox"/> Clem Mar House <input type="checkbox"/> Colonial House <input type="checkbox"/> Commonground <input type="checkbox"/> Concept-90 <input type="checkbox"/> Daystar <input type="checkbox"/> Eagleville <input type="checkbox"/> Fresh Start <input type="checkbox"/> Gatehouse for Men <input type="checkbox"/> Gatehouse for Women	Gaudenzia House WC <input type="checkbox"/> Good Friends <input type="checkbox"/> Harwood House <input type="checkbox"/> Interim House <input type="checkbox"/> Keenan House <input type="checkbox"/> Keystone <input type="checkbox"/> Kindred House <input type="checkbox"/> Libertae <input type="checkbox"/> Nuestra Clinica <input type="checkbox"/> Penn Foundation <input type="checkbox"/> People w/Hope <input type="checkbox"/> Samara House	<input type="checkbox"/> Today <input type="checkbox"/> Together House <input type="checkbox"/> Treatment Trends – Halfway House <input type="checkbox"/> Valley Forge Medical Center <input type="checkbox"/> Vantage House <input type="checkbox"/> Washington House <input type="checkbox"/> WDR – Allenwood <input type="checkbox"/> WDR – Cove Forge <input type="checkbox"/> WDR – Lancaster <input type="checkbox"/> WDR- New Directions @ Cove Forge <input type="checkbox"/> WomanSpace <input type="checkbox"/> Otra (Especificar) _____
--	---	---

Se necesita esta información para autorizar referidos, y para coordinar la provisión del tratamiento.

**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 \_\_\_\_\_