

CENTRO DE ATENCIÓN 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 a:

Departamento de Servicios de prevención contra las drogas y el alcoholismo del Condado de Chester
(Nombre y apellidos de la persona/Centro/Organización)

Para DARLE para:

(Nombre y apellidos de la persona/Centro/Organización)

la información sobre mí persona siendo la siguiente:

- Asistencia al tratamiento (incluyendo las fechas de ingreso y de alta)
Historia clínica y examen físico
Pronóstico/Diagnóstico
Breve descripción del progreso
Previo Centro de Atención
Evaluación psiquiátrica
Expediente de alta
Continuidad del plan de curación
Historia y/o valoración del caso
Elegibilidad para usar los fondos
Plan del tratamiento
otros (especifique)

ESTA INFORMACIÓN SE NECESITA CON EL PROPÓSITO DE:

- Proporcionar servicios de apoyo
Coordinar la realización del tratamiento
Coordinar el tratamiento y continuar la asistencia médica con mi empleador
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 (especifique)

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. Con este objetivo NO es suficiente 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 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):
De acuerdo Rehusó

Fecha de expiración: _____

firma del cliente

fecha

firma del testigo

fecha