

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:

Nombre de la persona o centro u organización

Entregar a:

- | | | |
|---|--|-------------------------|
| • Mirmont Outpatient Services | 825 Springdale Drive, Exton, PA 19341 | (484) 565 – 1130 |
| • Creative Health Service, Inc. | 100 1st Avenue, Phoenixville, PA 19460 | (610) 933 – 1223 |
| • Gaudenzia, Inc. (West Chester) | 110 Westtown Road, Suite 15, West Chester, PA 19380 | (610) 429 – 1414 |
| • Gaudenzia, Inc. (Coatesville) | 31 South 10th Avenue, Suite 6, Coatesville, PA 19320 | (610) 383 – 9600 |
| • Holcomb Behavioral Health | 920 East Baltimore Pike, Kennett Square, PA 19348 | (610) 388 – 9225 |
| • Coatesville Treatment Center | 1825 East Lincoln Highway, Coatesville, PA 19320 | (610) 466 – 9250 |

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

- | | |
|---|--------------------------------|
| _____ Presencia en Tratamiento(incluso 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 los servicios de apoyo.
_____ Para coordinar la provisión del tratamiento
_____ Para coordinar el tratamiento y los esfuerzos del cuidado continuo con mi empleador
_____ Para permitir a los jueces, abogados, oficiales de la libertad a prueba/condicional el apoyar las metas del tratamiento o tomar decisiones legales por mí.
_____ Estado de Inscripción y Desinscripción
_____ Para obtener seguro, empleo o beneficios del gobierno
_____ 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 _____