

MODELO DE CONSENTIMIENTO

AUTORIZANDO LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS CONFIDENCIALES SOBRE EL TRASTORNO DE USO DE SUSTANCIAS (SUD)

RECUERDE: Los registros divulgados de conformidad con el consentimiento del paciente deben ir acompañados de la notificación que prohíbe una nueva divulgación.

Yo, _____,
[Nombre del paciente]

autorizo a _____
[Nombre o designación general del individuo o entidad que hace la divulgación]

a divulgar _____
[Describa la cuantía y el tipo de información que puede ser divulgada, incluyendo una descripción explícita de cualquier información sobre el trastorno de uso de sustancias a divulgarse; debe ser lo más limitado posible]

a _____
[Nombre del individuo(s) o entidad(es) que recibirá(n) la información]

con el propósito de _____
[Describa el propósito de la divulgación, debe ser lo más específico posible]

Entiendo que mis registros de trastorno por uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan realizado acciones en base a ella. A menos que revoque mi consentimiento antes, este consentimiento caducará automáticamente de la siguiente manera:

[Fecha, evento o condición a partir de la cual expirará el consentimiento, que no debe durar más de lo razonablemente necesario para cumplir el propósito de este consentimiento]

Entiendo que se me pueden negar los servicios si rechazo dar mi consentimiento para la divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley estatal. No se me negarán los servicios si rechazo dar mi consentimiento para una divulgación con otros fines.

Me ha sido entregada una copia de este formulario.

Fecha: _____
Firma de la persona

Firma de la personal que firma el formulario si no es el paciente
Describa autoridad para firmar en nombre del paciente:

Fecha revocada: _____ Iniciales del Personal: _____

Creado en Agosto de 2020. Los recursos, capacitación, asistencia técnica y cualquier otra información proporcionada a través del CoE-PHI no constituyen asesoramiento legal. Financiado por la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental