

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS CONFIDENCIALES

Id. del paciente: _____

Fecha: _____

Yo, _____, Nombre del paciente, _____, Fecha de nacimiento

autorizo a _____ Nombre de la organización o de la persona a la que se va a hacer/solicitar la divulgación

_____ Dirección del centro de tratamiento del que se solicitan los historiales

a divulgar a o recibir de: _____ Nombre de la organización o persona a/de la cual se hará/solicitará la divulgación.

los siguientes datos: _____ Naturaleza de los datos, lo más limitada posible.

incluyendo:

<input type="checkbox"/> Papeleo de admisión	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de toxicología o de drogas
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Evaluación o valoración psicosocial
<input type="checkbox"/> Resumen del alta o traslado	<input type="checkbox"/> MAR (Registro de administración de medicamentos)
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Verificación de la prescripción médica o COC
<input type="checkbox"/> Revisión del plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas médicas
<input type="checkbox"/> Otros:	

El propósito de la divulgación autorizada en este documento es:

Propósito de la divulgación, lo más específico posible.

Entiendo que mis historiales de tratamiento por alcohol o drogas están protegidos por las normativas federales que rigen los historiales de pacientes de confidencialidad y abuso de drogas, 42 C. F. R., parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 CFR ptos. 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las normativas dispongan lo contrario. También entiendo que podré revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto si se han tomado medidas basándose en este, y que este consentimiento caduca automáticamente en 12 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que especifique un evento, fecha o condición de vencimiento aquí:

Fecha, suceso o condición específicos que causan la caducidad de este consentimiento; no debe superar lo razonablemente necesario para cumplir el propósito de la divulgación.

Ô[{] | ^) à [Á ~ ^ Á Á Á ^ Á [à | ò ð Á Á] ^ * æ Á [• Á ^ ç ß ß • Á ã ^ & @ [Á | & [] • ^) ç à } ç Á ^ Á ã ~ | * æ ß } Á & [Á [• Á ã ^ • Á Á Á æ æ à } ç È æ [Á Á] ^ | æ ß } ^ • Á ^ æ ã ç) & æ Á .. à æ ß Á [Á ^ | æ Á æ Á ^ Á • æ æ Á ß [Á Á Á ^ Á Á] ^ * æ ß } Á [• Á ^ ç ß ß • Á ã ^ & @ [Á | & [] • ^) ç à } ç Á ^ Á ã ~ | * æ ß } Á æ æ ç [• Á ã ^ • È

Ô[{] | ^) à [Á ~ ^ È á ç ã ç] ^ á æ } ç) ^ Á ç | | { æ ß } Á ^ Á ç [• Á | | ç ^ à [| ^ • Á ^ | æ ß } æ æ æ } Á | Á ç æ æ à } ç Á ^ Á æ ç | } [Á [| Á Á • [Á Á ~ • ç & æ È æ @ æ | | { æ ß } Á [| æ ^) ç Á Á Á } ç ^ * æ ß } Á { á æ ç | à æ ß } Á [| Á ^ • & æ Á] æ æ | æ á ã ~ | * æ ß } Á á Á | [• Á | ^ * à ç [• Á á Á ^ • ç Á] | ç ^ à [| Á ^ Á | æ Á á ã ~ | * æ ß } Á ^ Á [• Á ^ * à ç [• Á ^ Á ç [Á | | ç ^ à [| È

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS CONFIDENCIALES
Id. del paciente: _____
Fecha: _____

ESTOS DATOS LE HAN SIDO REVELADOS A PARTIR DE REGISTROS PROTEGIDOS POR LAS NORMAS FEDERALES DE CONFIDENCIALIDAD (42 CFR PARTE 2). LAS NORMAS FEDERALES LE PROHÍBEN DIVULGAR MÁS DATOS DE LOS CONTENIDOS EN ESTE REGISTRO Y QUE IDENTIFIQUEN A UN PACIENTE COMO AFECTADO O HABIENDO SIDO AFECTADO POR UN TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, SEA DIRECTAMENTE, POR REFERENCIA A DATOS PÚBLICOS DISPONIBLES O A TRAVÉS DE LA VERIFICACIÓN DE DIVULGACIÓN DE DICHA IDENTIFICACIÓN POR OTRA PERSONA, A MENOS QUE LA DIVULGACIÓN ADICIONAL ESTÉ EXPRESAMENTE PERMITIDA CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA CUYOS DATOS SE DIVULGUEN O PERMITIDA DE OTRA MANERA POR 42 CFR PARTE 2. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS O DE OTRO TIPO NO ES SUFICIENTE PARA ESTE PROPÓSITO (VER SEC. 2.31). LAS NORMAS FEDERALES RESTRINGEN CUALQUIER USO DE LOS DATOS PARA INVESTIGAR O ENJUICIAR RESPECTO A UN DELITO A CUALQUIER PACIENTE CON UN TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, EXCEPTO LO DISPUESTO EN LA SEC. 2.12 (C)(5) Y 2.65.

Me ofrecieron una copia de la divulgación de los datos y, en este momento, Acepto o Declino una copia.

Fecha

Fecha

Fecha