

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: El revelar del número de seguro social es voluntario y se solicita con el propósito de hacer una identificación correcta. No proporcionar esta información no afecta el dar a conocer la información.

Nombre del Cliente: _____

Apellidos, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre

Nº. de SS _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

PERMISO Y FIRMA DEL CLIENTE

1. Por la presente autorizo a:

Nombre de la persona/Entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

2. Para Dar a Conocer Información a, o para Hacer Intercambio Mutuo de Información con:

Nombre de la persona/Entidad que recibe la información: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

3. Se pide la siguiente información: (Sea específico)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Inscripción | <input type="checkbox"/> Resumen de Salida/Cierre |
| <input type="checkbox"/> Apuntes de Progreso y de Grupo | <input type="checkbox"/> Datos de Laboratorio Médico, Patología y Médico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Antecedentes Legales/Resumen |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Adicción/Historial | <input type="checkbox"/> Copia de informes del tribunal/de arresto, motivo por la remisión |
| <input type="checkbox"/> Permiso para comunicación continuada para conversar sobre los problemas y el progreso | <input type="checkbox"/> Condición de la licencia de conducir |
| <input type="checkbox"/> Otros documentos, especificados a continuación: | <input type="checkbox"/> Otra evaluación o análisis (por favor especifique) |
| | <input type="checkbox"/> Evaluaciones por drogas y alcohol |
| | <input type="checkbox"/> Informes sobre drogas y alcohol |

4. La información identificada anteriormente se usará para: (Sea específico)

5. La autorización para dar a conocer esta información seguirá vigente hasta: (Fecha) _____ o: (Suceso específico que pone fin al funcionamiento de dar a conocer información) _____

6. La información identificada anteriormente puede ser transmitida por los siguientes medios: (Marque todos los que correspondan)

Por Escrito Verbal Audio Vídeo Electrónico Todos los anteriores

AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE:

Esta autorización es voluntaria y sigue en vigor hasta la fecha o suceso arriba especificados, a menos que se revoque específicamente por medio de una notificación por escrito entregada a la Entidad o a la persona. Cualquier información dada a conocer antes de mi revocación por escrito de esta autorización no se entenderá como abuso de la confidencialidad. Una fotocopia de esta autorización tendrá el mismo valor que la original.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

NOTIFICACIÓN A QUIEN SE LE HAGA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN RESPECTO AL HISTORIAL DE ADICCIÓN. La presente información le fue revelada a usted de los documentos que están protegidos por los Reglamentos Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Los reglamentos Federales prohíben que usted haga una revelación adicional de esta información a menos que la revelación adicional se permita específicamente por medio de la autorización por escrito de la persona a quien se refiere, o si de otra forma se permite conforme a 42 CFR Parte 2. Una autorización general que permita dar a conocer información médica u otro de tipo de información NO es suficiente para este propósito. Los reglamentos Federales prohíben cualquier uso de esta información con el fin de investigar o procesar por algún delito, a cualquier paciente de abuso de alcohol o de drogas.