

Consentimiento para la divulgación de información sobre el uso de sustancias PARA OTROS PROPÓSITOS (42 CFR PARTE 2)

INSTRUCCIONES:

- Sólo se puede marcar una casilla por formulario de consentimiento.
- Si desea autorizar la divulgación de información sobre su trastorno por uso de sustancias (TUS) a varias partes para diferentes propósitos, se debe completar un formulario de consentimiento por separado para cada una. Ejemplo: si autoriza la divulgación de información general sobre el uso de sustancias a un oficial de libertad condicional y la divulgación de notas de asesoramiento al mismo oficial de libertad condicional, **debe completar un formulario separado para cada tipo de información.**

Por favor marque **UNA** sola casilla:

- ☐ **Padre/Madre/Tutor o Representante Legal** – divulgación a Representantes legalmente autorizados.
- ☐ **Procedimientos legales/judiciales** – divulgación de un asunto legal específico. Entiendo que mi información SUD puede usarse en procedimientos penales, civiles o administrativos. Número de caso (si se conoce):
-

☐ **Notas de asesoramiento**- divulgación de notas de asesoramiento sobre SUD fuera de los fines del tratamiento.

☐ **Otro** (por favor describa: _____)

Sección 1. Información del cliente

_____ Nombre	_____ Apellido	_____ Segundo nombre
_____ CIN de Medi-Cal	_____ Fecha de nacimiento	_____ Número de teléfono

Sección 2. Consentimiento/Autorización para divulgar mi información (verbal o escrita)

a. Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a divulgar los registros:

b. Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a **recibir** mis registros:

c. Registros a divulgar (seleccione los tipos de información que consiente/autoriza a divulgar).

Importante: si usted da su consentimiento para la divulgación de Notas de Asesoramiento en este formulario de consentimiento, ***no marque ninguna casilla a continuación***, ya que las notas de asesoramiento son una categoría separada de registros según las Reglas de la Parte 2.

☐ Historial de servicio	☐ Medicamentos:	☐ Resultados de laboratorio y medicamentos
☐ Información de evaluación	☐ Planes de tratamiento:	☐ Planes de alta y resúmenes
☐ Diagnóstico	☐ Notas de progreso	
☐ Otro (por favor describa):		

Sección 3. Propósito de la divulgación

Doy mi consentimiento/autorizo que mi información sea divulgada únicamente para los siguientes fines:

Sección 4. Vencimiento

Este consentimiento caducará dos (2) años después de la fecha de mi firma en este formulario, a menos que escriba una fecha de vencimiento o evento aquí:

Sección 5. Mis derechos

- No tengo que firmar este formulario de consentimiento. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud y/o elegibilidad para beneficios no requieren que firme este formulario. Firmar este formulario es voluntario y solo es necesario si deseo que se realice la divulgación descrita en este formulario.
- Una vez que su información SUD haya sido utilizada o compartida, es posible que ya no esté protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2 o la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico) o que ya no esté protegida de la misma manera que antes de ser utilizada o compartida.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con las personas u organizaciones enumeradas en la Sección 2, excepto en la medida en que mi información ya haya sido divulgada en virtud de este consentimiento.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

Sección 6. Aviso de nueva divulgación

Entiendo que una estricta ley federal protege mi información sobre el uso de sustancias. Esta ley prohíbe que cualquier persona que reciba mi información la vuelva a divulgar a menos que yo lo autorice específicamente por escrito, o la ley lo permita de otro modo.

Sección 7. Firmas

Al menos uno de los siguientes documentos debe estar firmado y fechado para completar este formulario.

Firma del cliente

Fecha

Si el cliente es un menor que tiene la autoridad legal para dar su consentimiento a su propio tratamiento por uso de sustancias según la ley estatal, el menor debe firmar el formulario. Si cumple 18 años o si cambia su tutela, deberá proporcionar un nuevo consentimiento.

Padre/Madre/Tutor o Representante Autorizado
NOMBRE EN IMPRENTA



**Firma del Padre/Madre/Tutor o
Representante Autorizado**

Fecha

Si firma en nombre de un menor, la persona debe estar legalmente autorizada para dar su consentimiento para la divulgación de la información SUD del menor. Se debe proporcionar documentación de autoridad (por ejemplo, documentos de tutela, orden judicial). Por favor describa la autoridad: _____

**42 CFR Parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no
autorizados de estos registros**