

<b>Nombre del cliente:</b>		<b>ID de cliente #</b>
<b>Admitir:</b>		<b>Personal de LUK:</b>
<b>Fecha de admisión:</b>	<b>Fecha de consentimiento:</b>	

**SECCION A: USO O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD**

Al firmar esta Autorización, autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable individualmente       mi hijo es la persona de quien soy guardián     mantenido por:  hacia y desde:

**El Proveedor [Persona/Organización(es) que proporciona la información]:****Nombre de impresión y rol del personal****Dirección de impresión** my  my child's  the person's for whom I am guardian**El Proveedor [Persona/Organización(es) que recibe la información]:****Nombre de impresión y rol del personal****Dirección de impresión**

La información de salud incluye información recopilada de mí o creada por el Proveedor, o información recibida por el Proveedor de otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de compensación de atención médica (por ejemplo, un servicio de facturación). La información de salud puede estar relacionada con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura, la prestación de mi atención médica o el pago de mis servicios de atención médica.

**Entiendo que el Proveedor tiene prohibido divulgar información sobre el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, el estado del VIH o las pruebas genéticas sin mi autorización específica por escrito a menos que, con respecto a la información sobre el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, un permiso esté autorizado por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas (42 CFR, Parte 2).**

**Entiendo que bajo la ley estatal, el Proveedor tiene prohibido (i) revelar información sobre mi estado de VIH sin mi autorización específica por escrito (G.L. c. 111, 704F), y (ii) divulgar los resultados de una prueba genética (incluyendo la identidad de una persona que se está analizando) sin obtener primero una autorización que constituya "consentimiento por escrito informado", excepto (1) de conformidad con la orden judicial, 2) para su uso en investigación epidemiológica o clínica y (3) a una persona cuyas funciones oficiales, en opinión del comisionado de salud pública, le da derecho a recibir dicha información (G.L. c. 111, 70G).**

**SECCION B: LIBERTAD DE USO O DIVULGACION**

La información de salud que puede ser utilizada o divulgada a través de esta Autorización es la siguiente (Marque tantas como corresponda):

Toda Información referente a mi, incluyendo mis historiales medicos, creados o recibidos por el proveedor, excluyendo, HIV, AIDS información y pruebas genéticas (si es necesario, utilice Autorización para usar y divulgar información de salud: VIH/SIDA, pruebas genéticas).

Información referente a mi identidad, diagnosis, prognosis o tratamiento por alcohol o abuso de drogas mantenidos por ayuda federal para el abuso de drogas o alcohol.

(Indique tantos como corresponda. El cliente o tutor debe inicializar cada selección)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento    | <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica         | <input type="checkbox"/> Historia Educativa/Estado         |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia           | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica/Informe de |
| <input type="checkbox"/> Resumen de terminación | <input type="checkbox"/> Examen Físico/Informe de Estado | <input type="checkbox"/> Pruebas                           |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar):    |  | <input type="checkbox"/> Evaluación/Informe de Consumo de  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas                    |

Toda la información de salud sobre mí como se describe en las casillas de verificación anteriores, excluyendo lo siguiente:



Información médica específica *que incluye solamente*:

*Nota: Describa la información de salud que se excluirá o debe incluir de una manera específica y significativa.*

***Autorización para usar y divulgar información de salud*****SECCION C: FINALIDAD DEL USO O DIVULGACION**

El propósito de esta Autorización es (son):

 **Con respecto a**  la información general de salud: Servicio de  Evaluación/Planificación de tratamiento—  Tratamiento de dar de alta  específicamente, los siguientes propósitos: —

O

 El Cliente ha iniciado la solicitud de información para ser utilizada o divulgada y el Cliente no opta por revelar suPropósito. *Nota: Esta casilla NO se puede comprobar si la información que se utilizará o divulgar pertenece a la identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento del abuso de alcohol o drogas.***Con respecto a la información sobre el abuso de sustancias:** Evaluación

Planificación de servicio/tratamiento

Planificación de descargas

Específicamente, los siguientes

 propósitos:**SECCION D: EXPIRATION** Esta autorización permanecerá en vigor hasta que (elija una):

90 días a partir de la fecha 6 meses a partir de la fecha a

 a continuación continuación Alta del tratamiento (si dentro de 1 año) Otro (Insertar evento o fecha aplicable – mm/dd/aa):*Nota: Si se utiliza un evento de expiración, el evento debe estar relacionado con el Consumidor o con el propósito del uso o divulgación.***NOTA: ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR NO MÁS DE 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA.**

Para obtener más información, consulte su Aviso de prácticas de privacidad

1. Entiendo que el Proveedor no puede garantizar que el Destinatario no redivite mi información médica a una tercera entidad. El Destinatario puede no estar sujeto a las leyes federales que rigen la privacidad de la información de salud. Sin embargo, si la divulgación consiste en información de tratamiento sobre un consumidor en un programa de abuso de alcohol o Drogas asistido por el gobierno federal, el Destinatario tiene prohibido bajo la ley federal hacer cualquier divulgación adicional de dicha información a menos que se permita expresamente la divulgación por consentimiento escrito del consumidor o según lo permita la ley federal que rige la Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas (42 CFR, Parte 2).

2. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negación a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento (o pago, si corresponde) de L.U.K. Crisis Center, Inc., excepto cuando estoy (i) recibiendo tratamiento relacionado con la investigación o (ii) recibir atención médica únicamente con el propósito de crear información para su divulgación a una tercera entidad,

3. Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por el Proveedor en base a esta Autorización antes de que el Proveedor reciba una notificación por escrito de revocación. Además, entiendo que debo proporcionar cualquier aviso de revocación al Director Ejecutivo o a su designado en L.U.K. Crisis Center, Inc. La dirección del Director Ejecutivo o su designado es 545 Westminster St., Fitchburg, MA 01420.

4. **Este párrafo sólo es aplicable a ciertas autorizaciones para divulgar información de salud con fines de venta: Entiendo que L.U.K. Crisis Center, Inc. puede, directa o indirectamente, recibir una remuneración de un tercero en relación con las actividades de comercialización realizadas por la agencia.**

He leído y entiendo los términos de esta Autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o divulgación de mi información médica.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo del cliente de impresión: \_\_\_\_\_

Dirección de inicio del cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuando el cliente no es competente para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor, agente de atención médica (proxy) u otro representante.

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_

Relación de representante con el cliente: \_\_\_\_\_

**AVISO DE REDIVULGACIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS  
PROHIBICIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Este aviso acompaña a la divulgación de información relativa a un consumidor en un programa de tratamiento de abuso de alcohol o drogas, que se le hace con el consentimiento de dicho consumidor.

Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad que rigen los programas de abuso de drogas o alcohol asistidos por el gobierno federal (42 C.F.R., Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación por el consentimiento por escrito de la

persona a la que pertenece o según lo permita 42 C.F.R., Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información **no** ES suficiente para este propósito.

Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier consumidor de abuso de alcohol o drogas.