



## CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL Y DROGADICCIÓN (PARA PROVEEDORES TRATANTES)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Al firmar este formulario, permito que todos mis proveedores de servicios médicos anteriores, actuales y futuros en donde haya recibido tratamiento de salud mental, incluido cualquier tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, divulguen mi información a Health Current, el intercambio de información de salud (HIE, por su sigla en inglés) estatal y a la organización que se indica aquí:

Nombre de la organización de servicios médicos relacionada con el tratamiento		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Recibo (o recibiré) tratamiento de esta organización. El propósito de esta divulgación es para:

- Mi tratamiento;
- El pago de mi tratamiento (por ejemplo, empresas de facturación de seguros); y
- Actividades de servicios médicos (por ejemplo, mejorar la calidad de atención para los pacientes, organizar la atención de los pacientes, actividades para la seguridad de los pacientes y otras actividades necesarias para dirigir una organización de servicios médicos).

Autorizo la divulgación de toda mi información médica para estos propósitos, incluida la información de salud mental y la información sobre trastornos por consumo de sustancias (p. ej., tratamiento para la drogadicción y el alcoholismo), mi historia clínica, el diagnóstico, los registros hospitalarios, la información sobre consultas médicas y clínicas, los medicamentos, las alergias, los resultados de laboratorio, los informes radiológicos, la salud sexual y reproductiva, la información relacionada con enfermedades contagiosas y la información relacionada con el VIH/SIDA.

Comprendo que la organización que se menciona anteriormente obtendrá esta información sobre mí a través de Health Current, el HIE estatal. Comprendo que si anteriormente opté por que no se comparta mi información médica a través del HIE, este formulario cambiará esa decisión. Comprendo que si firmo este formulario, acepto que se comparta mi información médica a través del HIE. Comprendo que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento.

Comprendo que puedo retirar o cancelar este consentimiento para compartir mi información en cualquier momento, excepto cuando alguien ya se haya basado en mi consentimiento para divulgar la información. Si deseo cancelar mi consentimiento o si tengo preguntas, me comunicaré con la organización a través de la información de contacto que se menciona anteriormente. **A menos que cancele este consentimiento antes, este finalizará automáticamente en el transcurso de un año a partir de la fecha de mi firma.** Comprendo que mi información sobre el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias seguirá estando protegida por la ley federal después de que se divulgue.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/de la madre/del tutor (Si el paciente es un niño/una niña menor de 18 años)\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Tanto el niño/la niña como el padre/la madre/el tutor deben aceptar divulgar la información sobre trastornos por consumo de sustancias del niño/de la niña, a menos que este/a esté casado/a, no tenga hogar o se haya emancipado.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que toma las decisiones en cuanto a la atención médica del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Si un tribunal declaró al paciente como incompetente o si este falleció)

**Notificación para el destinatario de la información sobre trastornos por consumo de sustancias: El 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.**