

# Permiso de divulgación de información (ROI) de servicios de trastornos de consumo de sustancias (SUD)



Yo, \_\_\_\_\_, por este medio autorizo a \_\_\_\_\_ para divulgar a:  
Nombre del cliente Fecha de nacimiento Proveedor/Organización

**Nombre de la agencia/proveedor de servicios de salud** **Información de contacto**

Para comunicarse entre sí e intercambiar la siguiente información: (naturaleza de la información, tan limitada como sea posible)  
**Marque con sus iniciales todas las categorías que correspondan:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Datos demográficos                              | Nivel de alcohol en la sangre           | Resultados de pruebas de laboratorio y otras prueba de diagnóstico |
| Resultados de evaluaciones/pruebas de detección | Medicamentos                            | Resumen del alta   |
| Resultados de análisis de orina                 | Estatus/cumplimiento con el tratamiento | Recomendaciones de tratamiento                                     |
| Asistencia                                      | Información relacionada con el empleo   | Información relacionada con educación y capacitación               |

Otro:

**Propósito de este permiso:** (escriba el motivo, es decir: solicitud del cliente, coordinación de servicios, pago de servicios, etc.)

Comprendo que mis registros de tratamiento para alcohol y/o drogas están protegidos por las normas federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes sobre abuso del alcohol y las drogas, 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (por sus siglas en inglés, HIPAA), 45 CFR Partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se indique lo contrario en las normas. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya realizado acciones fundamentadas en él, y que en cualquier caso este consentimiento expirará automáticamente el:

**Especifique la fecha, el suceso o las condiciones en las que expira este consentimiento. Marque con sus iniciales todas las categorías que correspondan:**

La fecha en que se cancelen mis beneficios de asistencia pública/asistencia médica, o

Otro: (Especifique una fecha anterior si lo ordena la ley)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado (cuando se requiera) Fecha

## **Notificación que prohíbe la divulgación posterior de información sobre tratamientos para alcohol o drogas** **Prohibición de la divulgación posterior de información confidencial**

Este aviso acompaña a una divulgación de información concerniente a un cliente en tratamiento de alcohol/drogas, realizada a usted con el consentimiento de dicho cliente. Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las leyes federales de confidencialidad, 42 CFR, Parte 2. Las leyes federales le prohíben divulgar esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o, por otro lado, que esté permitido por 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otro tipo de información, **NO** es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.