

**SUPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN E HISTORIAL**

Nombre \_\_\_\_\_ #SS (Número de Seguro Social) \_\_\_\_\_

Yo autorizo al Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) y los siguientes individuos o agencias:

Nombre de Agencia o Individuo	Nombre de Agencia o Individuo

A revelar y comunicarse unos a otros la información y registros para:

Nombre \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ :

ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA CATEGORÍA QUE APLICA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi nombre y otra información personal de identificación                      | <input type="checkbox"/> Resumen de plan de tratamiento, progreso y cumplimiento     |
| <input type="checkbox"/> Información sobre mi estado como paciente en tratamiento de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Asistencia (presencia)                                      |
| <input type="checkbox"/> Información sobre mi estado como paciente de VIH o SIDA                      | <input type="checkbox"/> Fecha de alta y estado de alta                              |
| <input type="checkbox"/> Evaluación inicial   | <input type="checkbox"/> Plan de alta  |
| <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso   | <input type="checkbox"/> Información relacionada con el empleo                       |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluaciones e historial                                       | <input type="checkbox"/> Información relacionada con la educación o el entrenamiento |
|   | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                                    |

Entiendo que el propósito de estas revelaciones es permitir que los empleados de DCBS, o empleados de otra agencia autorizada a actuar en nombre de DCBS, y las agencias y los individuos designados revelen y reciban información y archivos entre ellos como sea necesario con el propósito de la determinación de elegibilidad para programas de asistencia y el desarrollo y entrega de servicios.

**NOTIFICACIÓN DE PROHIBICIÓN DE SEGUNDA REVELACIÓN:**

Cualquier consentimiento que he proveído para la revelación de mi información de SIDA/VIH, o información sobre tratamiento para abuso de drogas o alcohol, es basado en una prohibición de segunda revelación. El individuo o agencia designado/a que recibe mi información sobre VIH o SIDA o información de tratamiento para abuso de alcohol o drogas no hará más revelación de tal información sin mi consentimiento específico por escrito, o como permitido por las leyes estatales o 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica o de otra información no es suficiente para este propósito.

Entiendo que:

- Esta autorización será vigente por un período de \_\_\_\_\_ (que no excede 12 meses) a partir de la fecha en que es firmada.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito a menos que ya se ha tomado acción basada en mi consentimiento.
- DCBS no hará que el recibo de este formulario sea condición del tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios. Firmar este formulario es voluntario, pero no firmarlo, o revocarlo antes de que se obtenga la información necesaria, podría prevenir una respuesta precisa u oportuna y podría tener como resultado la negación o la pérdida de los beneficios.
- Información revelada a DCBS puede ya no ser protegida por las disposiciones sobre la privacidad de la información de la salud de 45 CFR Partes 160 y 164 conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).
- Información puede ser revelada de nuevo por DCBS sin mi consentimiento si es autorizado por las leyes estatales o federales tales como la Ley de Privacidad o 42 CFR Parte 2 o para cumplir con las leyes sobre el reportar obligatorio del abuso, negligencia o explotación sospechados, o una evaluación de que hay peligro de daño serio a sí mismo o a otros.
- He recibido una copia de este formulario. También puedo pedir una copia de la información retenida consigo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cliente  Padre  Guardián Legal  
 Otra persona autorizada a firmar en lugar del cliente (especifique) \_\_\_\_\_

Firma de Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Trabajador(a) de DCBS (especifique área de programa) \_\_\_\_\_  
 Empleado(a) de otra agencia (especifique) \_\_\_\_\_