

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL A LA RED DE PROVEEDORES DEL SERVICIO DE PERSONAS SIN HOGAR DE NH

42 CFR Parte 2 e HIPAA

Yo, _____,

autorizo a _____
[nombre del proveedor de SUD que hace la divulgación]

a divulgar a la Red de proveedores del servicio de personas sin hogar de NH que he recibido tratamiento por consumo de drogas o alcohol para permitirle a los proveedores de alojamiento que encuentren alojamiento y servicios adecuados para mí. La información divulgada debe ser la mínima necesaria.

El objetivo de esta divulgación es permitir a las agencias en la Red de proveedores del servicio de personas sin hogar de NH que comuniquen mis necesidades para ayudarme a encontrar un alojamiento seguro.

Entiendo que mis registros de trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las reglamentaciones federales que regulan la Confidencialidad y los Registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, 42 CFR Parte 2, y la ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR partes 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento escrito a menos que lo exija la ley.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto en la medida en que esa acción se haya tomado basándose en ella. A menos que revoque mi consentimiento antes, este consentimiento vencerá en 7 años.

Entiendo que me pueden negar servicios si no doy mi consentimiento para la divulgación con el fin de recibir tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite. No me negarán servicios si me niego a dar mi consentimiento a divulgaciones para otros fines.

Me han dado una copia de este formulario.

Fecha: _____

Firma