



WASHINGTON COUNTY OREGON

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del cliente: _____

Alias: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CON EL SIGUIENTE OBJETIVO:

Coordinación de los servicios al cliente:

Otro _____

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE LAS PARTES QUE SE MENCIONAN DEBAJO

NOMBRE DE LA AGENCIA O PERSONA (médico, clínica, hospital, abogado, etc.) NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO DE FAX

NOMBRE DE LA AGENCIA O PERSONA (médico, clínica, hospital, abogado, etc.) NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO DE FAX

INFORMACIÓN QUE PODRÍA SER DIVULGADA (iniciales del cliente):

____ Evaluaciones psicológicas o psiquiátricas _____ Antecedentes de consumo de drogas o alcohol y
registro de tratamientos

____ Historia clínica y registro de tratamientos, incluidos los hospitales _

____ Otra información específica según se indique _____

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi decisión no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago ni mi derecho a recibir prestaciones. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento; la única excepción es cuando la acción ya se ha producido según lo indicado en el consentimiento. Este consentimiento vencerá un año después de la fecha en que se firma. Entiendo que, si mi información se divulga a una entidad que no está cubierta por la normativa federal sobre privacidad, puede volver a divulgarse. *Una copia de este formulario tendrá la misma validez que el original.*

Entiendo que los registros de trastornos por consumo de sustancias pueden estar protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (Parte 2 del

Department of Health and Human Services
Behavioral Health

5240 NE Elam Young Parkway, Suite 150, Hillsboro, OR 97124
www.washingtoncountyor.gov/hhs

Título 42 del Código de Normativa Federal [CFR]) y no pueden volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley lo permita o exija de otro modo.

Firma: _____ Fecha: _____