

## CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para  
(Proveedor de servicios de salud mental o contra abuso de sustancias/Local Management/Managed Care Organization)

que proporcione a \_\_\_\_\_  
(Departamento de Servicios Sociales del condado o agencia designada de *Work First*)

La siguiente información:

(El cliente debe escribir sus iniciales junto a cada una de las categorías que corresponda)

- \_\_\_\_\_ Mi nombre y otros datos de identificación personal
- \_\_\_\_\_ Evaluación
- \_\_\_\_\_ Fechas de servicios
- \_\_\_\_\_ Recomendaciones de tratamiento
- \_\_\_\_\_ Progreso y cumplimiento
- \_\_\_\_\_ Progreso y cumplimiento con tratamiento
- \_\_\_\_\_ Asistencia
- \_\_\_\_\_ Fecha de alta y estado de alta
- \_\_\_\_\_ Plan de alta
- \_\_\_\_\_ Empleo e información relacionada con la capacitación

El propósito de estas revelaciones es dar permiso al proveedor de servicios de salud mental o contra abuso de sustancias nombrado para que revele información según las categorías marcadas con iniciales al departamento de servicios sociales del condado oralmente o por escrito a fin de evaluar la elegibilidad para el programa Work First y el programa de Servicios de Alimentos y Nutrición.

**Abuso de sustancias:** Entiendo que mis expedientes están protegidos por los reglamentos federales que rigen la confidencialidad de los Registros de abuso de consumo de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito a menos que de otra manera lo dispongan los reglamentos. También entiendo que, excepto con respecto a las medidas que ya se hayan tomado, puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento.

**Salud mental:** Entiendo el contenido que se va a revelar, la necesidad de información y que hay estatutos y reglamentos que protegen la confidencialidad de la información autorizada. También entiendo que, excepto con respecto a las medidas que ya se hayan tomado, puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento.

### Información protegida de salud:

Entiendo que los registros de mi tratamiento contra el alcohol y las drogas están protegidos por los reglamentos federales que rigen la confidencialidad de los Registros de abuso de consumo de alcohol y drogas, 42 CFR, Parte 2, y por la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA), 45 CFR, Partes 160 y 164, y que no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito a menos que de otro modo lo indiquen los reglamentos. También entiendo que, excepto con respecto a las medidas que ya se hayan tomado, puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento. Entiendo que, en general \_\_\_\_\_

(Nombre del programa de tratamiento)

no puede imponerle a mi tratamiento la condición de que yo firme un formulario de consentimiento pero que, en ciertas circunstancias, puede negarseme tratamiento si no firmo un formulario de consentimiento.

DSS-8219 SPANISH (rev.08/2015) – *Consent for Release of Confidential Information*  
Servicios Económicos y de la Familia – Economic and Family Services

**El Estado de Carolina del Norte no discrimina sobre las bases de raza, color, origen natural, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad en la admisión, tratamiento, participación en programas, servicios y actividades o en el empleo.**

Sí no lo anulo, este consentimiento vence automáticamente de la siguiente manera:

1. Cuando termine mi participación en el programa *Work First* y/o en el programa de Servicios de Alimentos y Nutrición,
2. O un año a partir de la fecha en que firme este consentimiento, lo que ocurra primero.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha en que se firmo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha en que se firmo

**El solicitante o beneficiario ha recibido una copia de este consentimiento para sus archivos. Si / No (marque uno)**

ADVANCE COPY