

---

---

## **MEMBRETE DE AGENCIA PROVEEDORA**

### **Autorización Para el Uso y la Divulgación de Información Confidencial a Enterprise Invoice Management/ Enterprise Service Management (EIM/ESM) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts**

---

---

Entiendo que con el fin de proveerme los servicios de tratamiento apropiados, <escriba el nombre del proveedor> debe archivar información de mi registración, tales como, nombre, dirección, fecha de nacimiento, historial médico, evaluaciones y servicios de tratamiento recibidos. Al firmar este documento autorizo a < escriba el nombre del proveedor> a comunicar dicha información a la Oficina de Servicios para Abuso de Sustancias (BSAS) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, quien se encarga de financiar y otorgar licencia a este programa. Entiendo que BSAS toma altas medidas para proteger la privacidad y la seguridad de la información que reciben. También entiendo que mi récord de tratamiento está protegido conforme a la ley federal, 42 C.F.R., Parte 2, la cual establece Confidencialidad de los records del abuso de Drogas y Alcohol del paciente, y por ley estatal no puede ser divulgada por <escriba el nombre del proveedor> a BSAS sin mi autorización, a menos que sea permitido por la ley. El acceso a esta información será limitado al personal autorizado de BSAS, y puede ser utilizado por BSAS, por ejemplo para:

- Examinar servicios recibidos
- Determinar la efectividad de los servicios
- Evaluar el programa en el que estoy registrado
- Planificar y apoyar la coordinación de futuros programas
- Satisfacer requisitos de reportes federales y/o estatales para recibir fondos
- En algunos casos, pagar por servicios recibidos

Entiendo que en caso de que mi información sea utilizada para el análisis de programas, mis datos se mantendrán en el anonimato y no seré identificado. Ninguna información que me identifique será vinculada con informes publicados fuera del departamento.

Aun firmada y autorizada la divulgación de mi información, mantengo el derecho de anular en cualquier momento durante el programa de tratamiento, este documento por medio de una petición escrita a:

---

Nombre

---

Dirección

Una vez que mi petición de cancelación haya sido recibida, ninguna información adicional que me identifique será comunicada a BSAS; sin embargo entiendo que esta anulación no se aplicará a la información obtenida anteriormente. Esta autorización expirará automáticamente treinta (30) días después de que yo haya finalizado el programa de tratamiento o según lo especifique a continuación:

---

*Especifique una fecha/evento/o condición*

También entiendo que no se me pueden negar los servicios si decido no firmar esta autorización.

Al firmar, indico que entiendo y estoy de acuerdo con la petición de compartir la información de mi tratamiento con BSAS.

Yo, \_\_\_\_\_ doy el permiso a < escriba el nombre del proveedor> para divulgar la  
Nombre (favor imprimir) información mencionada anteriormente a BSAS.

Firma de Cliente/Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Firma de Cliente, Padre o Guardián

---

Firma de Testigo (de ser requerido)