

---

---

## LETTERHEAD OF PROVIDER AGENCY

### **Divulgación de información del cliente/confidencial Autorización para divulgar información a *Gestión de facturas empresariales/Gestión de servicios empresariales (EIM/ESM) del Departamento de Salud Pública***

---

---

Entiendo que para poder proporcionarme los servicios y el tratamiento adecuados, <insert name of Provider Agency> debe recopilar mi información de inscripción, que puede incluir nombre, dirección, número de seguro social y fecha de nacimiento, así como otros registros, entre ellos mi historial médico, las evaluaciones y los servicios de tratamiento recibidos. Al firmar este permiso, autorizo a <insert name of Provider Agency> a proporcionar información de identificación sobre mí a la Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias (BSAS, Bureau of Substance Addiction Services) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Departamento), que autoriza o financia este programa. Entiendo que la BSAS toma varias medidas para proteger la privacidad y la seguridad de la información que recibe. También entiendo que mis registros de tratamiento están protegidos por la ley federal, 42 C.F.R., Parte 2, Confidencialidad de los expedientes de los pacientes de abuso de alcohol y drogas, y por la ley estatal, y no pueden ser divulgados por <insert name of Provider Agency> a la BSAS sin mi aprobación, a menos que lo permita la ley. El acceso a esta información estará limitado al personal autorizado de la BSAS, y la BSAS puede utilizarla, por ejemplo, para:

- Revisar mis servicios;
- Determinar qué tan efectivos son los servicios;
- Evaluar el programa general en el que estoy inscrito/a;
- Planificar y apoyar programas futuros;
- Cumplir con los requisitos de presentación de informes federales o estatales para continuar el financiamiento;
- En algunos casos, pagar los servicios que reciba.

Entiendo que cuando los datos de mi expediente se usan en los análisis entre programas, estos se mantendrán en el anonimato y no seré identificado/a. Ninguna información que me identifique estará relacionada con ningún informe que se publique fuera del Departamento.

Una vez que haya aceptado esta divulgación de mi información, todavía tendré el derecho de cancelar esta autorización al presentar una solicitud por escrito en cualquier momento durante mi tratamiento en el Programa a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.

Nombre

Dirección

Una vez que se haya recibido mi solicitud de cancelación, no se entregará a la BSAS ninguna información adicional que me identifique; sin embargo, entiendo que esta cancelación de la autorización no se aplicará a la información ya revelada. Esta autorización caducará automáticamente treinta (30) días después de que deje de estar inscrito/a en este programa o según se especifique de otro modo:

\_\_\_\_\_  
Especifique una fecha/evento/condición

Además, entiendo en general que no se me pueden negar los servicios si elijo no firmar esta autorización.

Al firmar a continuación, indico que entiendo y acepto la solicitud de divulgación de mi información del programa a la BSAS.

Yo, \_\_\_\_\_ otorgo mi permiso para que <insert name of Provider Agency>

Nombre (con letra de imprenta)

divulgue la información descrita anteriormente a la BSAS.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del cliente/estudiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente, padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si es necesario)

De conformidad con la Ley Federal de Privacidad de 1974 en 5 U.S.C. sección 552a, se le notifica por la presente que la divulgación de su número de seguro social es voluntaria. La divulgación del número de seguro social se solicita de conformidad con MGL c. 111 E, MGL c. 111 B, 42 CFR Parte 2, 105 CMR 164, capítulo 208 de las Leyes de 2018, y MGL c 111 sección 237. El número de seguro social se utiliza para la indexación de clientes, la verificación de identidad y la conciliación de pagos.