MEMBRETE DEL PROVEEDOR

Divulgación de información confidencial/del cliente
Consentimiento para la divulgación de información confidencial a la
Administración de Facturación y Servicios Empresariales (EIM/ESM)
Departamento de Salud Pública

Entiendo que con el fin de proveerme los servicios y el tratamiento apropiados, <*escriba el nombre del proveedor*> debe recopilar mi información de inscripción, como nombre, dirección, fecha de nacimiento y otros registros, entre ellos mis antecedentes médicos, evaluaciones y servicios de tratamiento recibidos. Al firmar este consentimiento de divulgación autorizo a <*escriba el nombre del proveedor*> a comunicar mi información identificable a la Oficina de Servicios para Abuso de Sustancias (BSAS) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Departamento), quien se encarga de otorgar el permiso para este programa y financiarlo. 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 conforme a la ley federal, 42 C.F.R., Parte 2, Confidencialidad de los Registros de Pacientes sobre el Abuso de Alcohol y Drogas, y por ley estatal, y que <escriba el *nombre del proveedor*> no puede revelarlos a la BSAS sin mi aprobación, a menos que lo permita la ley. El acceso a esta información se limitará al personal autorizado de la BSAS y esta Oficina puede utilizarla para, por ejemplo:

- Revisar mis servicios
- Determinar la efectividad de los servicios
- Evaluar el programa general en el que estoy inscrito/a
- Planificar y apoyar futuros programas
- Satisfacer requisitos de presentación de informes federales o estatales para continuar recibiendo financiación
- En algunos casos, pagar los servicios que recibo

Entiendo que cuando se utilicen para el análisis de varios programas, los datos de mi registro se mantendrán en el anonimato y no seré identificado/a. No se vinculará ninguna información que me identifique con informes publicados fuera del departamento.

Una vez que acepte la divulgación de mi información, conservo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento durante el tratamiento dentro del programa, mediante el envío de una petición escrita a:

_____

Nombre Dirección

Una vez que mi petición de cancelación haya sido recibida, no se comunicará a la BSAS ninguna información adicional que me identifique; sin embargo, entiendo que esta cancelación no se aplicará a la información ya divulgada. Esta autorización expirará automáticamente treinta (30) días después de que yo deje de estar inscrito/a en este programa o según se especifica a continuación:

_____

Especifique una fecha, evento o condición

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

Al firmar abajo, indico que entiendo y acepto la petición de revelar a la BSAS mi información del programa.

Yo, _____, doy permiso a < *escriba el nombre del proveedor*>
Nombre (en letra de imprenta)
para revelar a la BSAS la información explicada anteriormente.

Fecha: _____Firma del cliente/estudiante: _____

_____ _____

Firma del cliente, padre, madre o tutor Firma del testigo (de ser requerido)

De conformidad con la Ley Federal de Privacidad de 1974 en 5 U.S.C. § 552a, por la presente se le notifica que la divulgación de su número de seguro social es voluntaria. Se solicita la divulgación del número de seguro social de conformidad con M.G.L. c. 111 § 237. El número de seguro social se utiliza para la indexación de clientes, la verificación de identidad y la conciliación de pagos.