



Nombre de la persona

Fecha de nacimiento y/o Número de Seguro Social

### Autorización para la revelación de información-Solicitud estándar

Por el presente autorizo la revelación de registros/información

De: \_\_\_\_\_  
(Nombre del proveedor de atención médica que posee la información-agencia que revelará la información)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Teléfono/Fax)

Para: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona o agencia a quien se le entregará la información-agencia solicitante)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Teléfono/Fax)

El propósito de la revelación autorizada en este documento es: \_\_\_\_\_

(Indique el propósito de la revelación de la manera más específica posible)

Entiendo que mis registros de tratamiento relacionado al alcohol/drogas están protegidos conforme a las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los registros de pacientes en tratamiento por consumo de alcohol y drogas (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records), 42 C.F.R., Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, 45 C.F.R., Partes 160 y 164; y que estos registros no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito, a menos que así lo determinen las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que se haya tomado acción conforme a éste, y que, en cualquier caso, este consentimiento caduca de manera automática como se indica a continuación:

(Esta autorización tiene validez por un año a partir de la fecha que se indica a continuación)

#### **PROHIBICIÓN DE VOLVER A REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Se anexa este aviso a la revelación de información entregada a usted con el consentimiento del cliente que se encuentra en tratamiento por consumo de alcohol/drogas. Esta información se ha revelado a usted a partir de registros protegidos por leyes federales de confidencialidad (42 C.F.R., Parte 2). Las leyes federales le prohíben volver a revelar esta información a menos que esto esté autorizado de manera expresa en el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece la información o bien, que esté permitido de conformidad con 42 C.F.R., Parte 2. Una autorización general para la revelación de información médica o de otra índole **no** es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a todo paciente en tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

Firma de la persona/cliente o persona autorizada para firmar en nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_