



Gestión de casos

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL

Este **Consentimiento para revelar** es necesario para la provisión, coordinación y gestión de la atención médica recibida por:

Nombre del cliente (en letra de molde)

Fecha de nacimiento

Número de expediente médico (MRN)

Doy mi consentimiento para la revelación de mi información médica (descrita abajo) entre los representantes de las siguientes agencias, para la provisión, coordinación y gestión de mi atención médica:

- Bridges of Colorado
- Catholic Charities
- Colorado Legal Services
- Disabled Resource Services
- Division of Vocational Rehab
- Foothills Gateway
- Foundations Church
- Housing Catalyst
- Health District of Northern Larimer County
- Homeward Alliance (Murphy Center)
- The Jacob Center
- Larimer County DHS Benefits Department
- Larimer County Economic and Workforce Development Center
- Loveland Housing Authority
- Matthews House
- Neighbor to Neighbor
- Rocky Mountain Human Services
- Salvation Army
- Serve 6.8
- Sober Living: Oxford House, Abundance Foundation, Light House, Purpose House Sober Living
- Social Security Administration
- United Way

Información médica revelada: Las agencias mencionadas arriba tienen mi permiso para comunicarse entre sí verbalmente solo con el propósito de coordinar la atención con recursos de apoyo comunitario. La información del tratamiento no se compartirá sin mi consentimiento por escrito por separado. La información compartida se usará únicamente para desarrollar un plan de tratamiento, evaluar la efectividad del plan y coordinar la atención.

Plazo: Este consentimiento puede ser revocado por el cliente en cualquier momento, excepto en la medida en que las agencias mencionadas arriba ya hayan actuado con base en él. Si no se revoca previamente, este consentimiento vencerá el _____ pero no más de dos (2) años a partir de la fecha de la firma.

He leído, comprendo y acepto la información anterior:

Cliente (en letra de molde)

Firma

Fecha

En letra de molde

Padre/madre/representante legal (si se requiere)

Firma

Relación con el cliente _____

Fecha

Aviso de revelación: Comprendo que mis registros, o los de cualquier persona que mencioné, están protegidos por las leyes federales y estatales de privacidad. Si permito la revelación de información sobre trastornos por consumo de sustancias, está protegida por la ley federal (HIPAA y 42 CFR Parte 2). Esto significa que no se puede compartir nuevamente sin mi consentimiento por escrito, a menos que las normas lo permitan. Sé que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, excepto si SummitStone ya ha actuado con base en él. Acepto que este formulario de autorización se puede enviar a las personas y agencias mencionadas arriba. Para información médica que no sea sobre consumo de sustancias, si permito que se comparta, la persona que la reciba puede compartirla nuevamente, y es posible que las leyes federales de privacidad ya no la protejan. Para información sobre trastornos por consumo de sustancias, si permito que se comparta, la persona que la reciba puede compartirla nuevamente, pero las leyes federales de privacidad seguirán aplicándose.

AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR LA REVELACIÓN

*Firmando abajo estoy **REVOCANDO** el permiso para que SummitStone revele cualquier información que previamente se permitió divulgar.*

Firma del cliente, padre/madre/tutor (para cliente menor de 15 años, si corresponde),
o representante autorizado

Fecha de la firma