

**Proyecto SAFE**  
**CONSENTIMIENTO A LA REVELACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES**

Por este medio, yo, \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_,  
Número de ABH \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_, en mi calidad de

(**REQUERIDOS:** Nombre del paciente, Fecha de nacimiento, Número de ABH y Número del Seguro Social)  
participante del programa SAFE, entiendo que la planificación de mi caso, en cuanto a servicios de protección de la niñez, de  
tratamiento y soporte será coordinada. Autorizo a:

1. Advanced Behavioral Health, Inc., (ABH)
2. Departamento de niños, adolescentes y familias (Department of Children and Families (DCF))
3. Departamento de salud mental y servicios contra la adicción (Department of Mental Health and Addiction Services (DMHAS))

4. \_\_\_\_\_  
[Requerido: Nombre del programa de tratamientos que hace o hará la revelación]

5. \_\_\_\_\_  
[Dirección: Dirección del programa de tratamiento autorizado a hacer la revelación]

a comunicarse entre sí con relación a mi tratamiento e intercambiarse la siguiente información: expedientes accesibles por medio del sistema de información de ABH, DCF y el DMHAS, mi nombre, dirección, edad, género, número del Seguro Social, estado de salud mental, diagnósticos psiquiátricos y/o relacionados con la drogadicción, razones para tratarme, historial del tratamiento y la enfermedad, plan de tratamiento, medicamentos utilizados, resultados de análisis de detección de drogas (incluyendo los de orina y pelo), potencial de recaída, situación legal, progreso bajo tratamiento, soportes naturales y puntos de fuerza personales, tipo y resultados de servicios por mí recibidos y cualquier otra información necesaria para una efectiva coordinación de los tratamientos y servicios que recibo (excluyendo información relacionada con el VIH/SIDA, a menos que su revelación haya sido expresamente autorizada por mí o por las leyes vigentes). Además, la siguiente información podrá ser transmitida:

\_\_\_\_\_  
[Describe la información adicional]

El propósito de la revelación de información autorizada en este documento es facilitar la prestación, coordinación y control de servicios de protección de la niñez, la prestación, coordinación y control de mis servicios de tratamiento y soporte, así como evaluar el proyecto SAFE y la calidad de servicios por mí recibidos. Además, la revelación se hará con los siguientes propósitos:

\_\_\_\_\_  
[OPCIONAL: Cualquier razón adicional para la divulgación]

Queda entendido que mi expediente está protegido por disposiciones federales que rigen la confidencialidad de la información relacionada con el alcoholismo o el consumo de estupefacientes, de conformidad con el 42 CFR Parte 2 y el Capítulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut, y que no podrá ser divulgado sin mi consentimiento escrito, a menos que las regulaciones o estatutos vigentes así lo permitan. He recibido un compendio de la legislación federal que protege esta información, así como una declaración del uso que se dará a esta información. Queda asimismo entendido que podré revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo en los casos en que se hayan iniciado acciones o procedimientos amparados en el mismo. Queda entendido que la transmisión de información podrá ocurrir personalmente, telefónicamente, por correo o fax. A menos que haya sido anteriormente revocado por mí, este consentimiento se vencerá automáticamente al momento de mi dada de alta de mi actual tratamiento o:

\_\_\_\_\_  
[Fecha, evento, o condición determinados, de cancelación de este consentimiento, en caso de no ser los mismos que los indicados anteriormente]

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del participante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o madre, tutor o representante autorizado, cuando corresponda)

**PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN ULTERIOR DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS HÁBITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O ESTUPEFACIENTES DEL PACIENTE**

Este aviso acompaña una pieza de información relacionada con el tratamiento del paciente por consumo de bebidas alcohólicas o estupefacientes, transmitida a usted con el consentimiento del paciente interesado. Esta información ha sido transmitida a usted procedente de registros protegidos por las leyes federales de protección de la privacidad (42 CFR Parte 2). La normativa federal le prohíbe hacer revelaciones ulteriores de esta información, a menos que sean expresamente permitidas mediante consentimiento escrito del paciente interesado, o permitidas por la 42 CFR Parte 2. Las autorizaciones de tipo general para la divulgación o revelación de expedientes médicos o de otro tipo NO son suficientes en este caso. Las leyes federales restringen el uso de información médica confidencial para investigar penalmente o encausar a alcohólicos o drogadictos.