Nombre del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizo ​​a Communities for People (C4P) a:**

OBTENER información de:  DIVULGAR información a:

Nombre / Agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información a revelar (marque todo lo que corresponda):**

Resumen de altas  Evaluación psiquiátrica  Notas de progreso mensuales/semanales  Evaluación (es)  Plan de tratamiento  Historia clínica y examen físico  Datos de laboratorio  Pruebas psicológicas

Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para las siguientes fechas de servicio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para propósitos de:**

Atención al cliente  Solicitud del cliente  Coordinación y defensa de casos  Asuntos legales

Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Método de divulgación**: (marque **todo** lo que corresponda)  FAX  Fotocopia  Verbal / Teléfono  Correo electrónico

En la medida en que corresponda, entiendo que mi expediente puede contener información que se considera confidencial según la ley. Mi (s) marca (s) de verificación a continuación indican (n) que **no permito** que se divulgue información de este tipo, de existir alguna. Entiendo que si no marco la casilla, C4P **divulgará** dicha información sobre mí si existe.

Infección por VIH / SIDA  Enfermedad de transmisión sexual  Tratamiento por abuso de alcohol o drogas

Entiendo que estos expedientes están protegidos por la Ley General de Rhode Island y las Normas de Privacidad Federales y ***no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley disponga lo contrario***. También entiendo que si mis registros involucran abuso de alcohol o drogas, están además protegidos bajo la *Regulación Federal 42 CFR Parte II: Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Abuso de Alcohol y Drogas*.

Entiendo que si el destinatario de esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente podrá volver a divulgarse y ya no estará protegida por la ley. Como tal, libero a Communities for People y sus empleados de toda responsabilidad derivada de esta divulgación.

Este consentimiento tendrá una duración de no más de un año a partir de la fecha de este formulario (90 días para una publicación única). Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando Communities for People por escrito. Entiendo que cualquier información revelada previamente no estaría sujeta a mi solicitud.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar la autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener información para ser utilizada o divulgada según lo dispuesto en CFR 164.524.

**Confirmo que he leído y entiendo completamente lo anterior y no tengo más preguntas**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del cliente / padre / tutor legal (si el cliente es menor de edad) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma y nombre impreso del testigo Fecha

**POR FAVOR ENTREGUE AL CLIENTE CON UNA COPIA FIRMAD**