



#### AUTORIZACIÓN GENERAL DEL CLIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

N.º de identificación del cliente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, el cliente mencionado arriba, autorizo a Santa Fe Recovery Center ("SFRC") a divulgar a

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona y relación u organización a la que se divulgará la información)

la información médica que se identifica a continuación.

- ☐ Confirmación de que el cliente se encuentra EN el centro de tratamiento
- ☐ Confirmación de que el cliente ha ABANDONADO el centro de tratamiento
- ☐ Evaluación clínica
- ☐ Plan de tratamiento
- ☐ Plan de transición al alta
- ☐ Evaluación médica y registros
- ☐ Listas de medicamentos
- ☐ Resultados de análisis de orina
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

El propósito de la divulgación aquí mencionada es \_\_\_\_\_

(Describa el propósito de la divulgación; debe ser lo más específico posible)

Si la persona que he indicado anteriormente es mi **contacto de emergencia**, autorizo que se comuniquen con ella

- ☐ En caso de emergencia
- ☐ En caso de que me retire en contra del consejo médico/clínico o escape

Entiendo que mi expediente está protegido por la normativa federal que regula la confidencialidad de los expedientes de pacientes con abuso de alcohol y drogas 42 C.F.R. Parte 2, y que cualquier información que me identifique como paciente/cliente en un programa de abuso de alcohol u otras drogas no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas previstas en dicha normativa. Entiendo que mis expedientes también están protegidos actualmente por las regulaciones federales de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) 45 C.F.R. Partes 160 y 164. Entiendo que mi información médica arriba especificada se divulgará de conformidad con la presente autorización, y que el destinatario de la información podrá volver a divulgarla, por lo que ya no estará protegida por la ley de privacidad de la HIPAA. Sin embargo, las normas federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas 42 C.F.R. Parte 2, mencionadas con anterioridad, seguirán protegiendo la confidencialidad de la información que me identifica como paciente en un programa de alcohol u otras drogas frente a cualquier nueva divulgación.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas al amparo de la misma. Para revocarla, debo firmar una Cancelación de la autorización general para la divulgación de información del cliente, mientras me encuentre en tratamiento, o enviar una declaración por escrito al

SFRC, 2504 Camino Entrada, Santa Fe, NM 87507. Esta autorización vence el \_\_\_\_\_ o un año después de la fecha en que se firmó.

(Especifique fecha)

En el caso de los clientes del sistema de justicia penal, cuando se haya producido la terminación o revocación formal y efectiva del cumplimiento de mi condena, libertad condicional, libertad bajo palabra u otro procedimiento en el que se me haya impuesto un tratamiento o la especificación de la fecha, el evento o la condición en la que expira este consentimiento a continuación.

---

(Especificación de la fecha, el evento o la condición en la que vence este consentimiento)

Entiendo que la entidad cubierta que solicita la presente autorización no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios dependiendo de si firmo la autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la presente autorización.

☐ Quiero una copia de la presente autorización.

☐ Rechazo una copia de la presente autorización.

#### **Declaración del cliente**

Mi firma indica que he entendido todas las declaraciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha