



CONSENTIMIENTO PARA USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD PARA LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGOS Y CUIDADOS DE SALUD

Yo, el paciente suscrito, doy mi consentimiento a Eastern Rehabilitation Network ("ERN") para que utilice y divulgue mi información protegida de salud, incluyendo, si se aplica, información de abuso de drogas o alcohol, VIH, y psiquiátrica para los propósitos de las operaciones de mi tratamiento y cuidados de salud, y el pago por parte(s) tercera(s).

Además, yo autorizo a ERN para divulgar mi información protegida de salud a los siguientes para lo siguiente:

- Médico de cuidado general para seguimiento;
- Otros proveedores para coordinación del cuidado
- Otros proveedores para planificación de referidos y de alta;
- Otro _____

Se me ha entregado el Aviso Sobre las Normas de Privacidad de ERN y yo comprendo que tengo el derecho de revisar este aviso antes de firmar este consentimiento. Yo comprendo que ERN se reserva el derecho de cambiar las normas de privacidad especificadas en su Aviso, y que si yo deseo recibir notificación de cualesquier cambios del aviso, yo puedo comunicarme con, con el sitio de tratamiento o conectarme con el sitio del web, al www.easternrehab.net.

Yo comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar este consentimiento. Si yo niego a firmar este consentimiento, ERN puede darme tratamiento; sin embargo, yo tendré la responsabilidad de pagar los cargos resultantes. Yo comprendo que se me darán tratamientos requeridos por la ley, tales como los cuidados de emergencia, aunque firme o no firme este consentimiento.

A menos que yo me oponga, ERN también podrá revelar información protegida de salud de índole general a mi familia o a personas que participen personalmente en mis cuidados, incluyendo los cambios de mi condición.

Yo tengo el derecho de pedirle a ERN que limite cómo utiliza y/o revela mi información protegida de salud para los propósitos de proveer el tratamiento, obtener el pago y/o realizar operaciones de cuidados de salud. ERN no tiene la obligación de aceptar cualquier restricción que yo pida. Si ERN decide aceptar mi petición, ERN tendrá que cumplir con la restricción impuesta sobre el uso y/o revelación de mi información de salud. Yo también comprendo que tendré el derecho de pedir comunicaciones confidenciales por medios o lugares diferentes. Sin embargo, ERN podría negar la petición si determina que sería difícil administrativamente cumplir con mi petición.

Yo comprendo que por lo que respecta a la información sobre el abuso de drogas o alcohol, VIH y psiquiátrica, este Consentimiento se vencerá 365 días después de la fecha que aparece abajo ó 365 días después de mi último tratamiento, la fecha que ocurra más tarde. Yo también comprendo que tendré el derecho de revocar este consentimiento al notificar a **con el sitio de tratamiento** por escrito. Yo comprendo que si revoco mi consentimiento, no tendrá efecto alguno sobre los usos y revelaciones ya realizados a base de mi consentimiento anterior.

Yo he recibido la oportunidad de tener respuestas a todas mis preguntas sobre las normas de privacidad del ERN. El leyo una copia del Aviso de las Normas de Privacidad y doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información protegida de salud para las operaciones de tratamiento, pagos, y cuidados de salud.

Firma del Paciente o Representante Legal / Testigo

Fecha

Si firma el Representante Legal, indique su relación con el paciente abajo:

Padre/Madre Tutor Albacea testamentario Apoderado Otro _____

Si no se pudo conseguir el consentimiento del paciente, indique la razón abajo:

- Situación de tratamiento de emergencia
- Obligación por ley de tratar al paciente y ERN ha intentado pero no ha podido obtener el consentimiento del paciente.
- Barreras sustanciales de comunicación con el paciente (p.ej, idioma extranjero) y ERN determina que el consentimiento del paciente para recibir tratamiento se infiere de las circunstancias.
- El paciente se niega a firmar el consentimiento.

Firma del Testigo (la persona que está documentando la razón)

Fecha

AVISO

INFORMACIÓN RELATIVA AL VIH

En caso de que la información revelada constituya información confidencial del VIH protegida bajo las Leyes de Connecticut: Esta información le ha sido revelada a usted desde archivos cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes estatales. La ley estatal le prohíbe a usted revelar la información adicionalmente sin el consentimiento explícito por escrito de la persona a quien pertenece, o de alguna otra manera que la ley permita. Una autorización general para la revelación de información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este propósito.

INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA

En caso de que la información revelada constituya información confidencial psiquiátrica protegida bajo las Leyes de Connecticut: Esta información le ha sido revelada a usted desde archivos cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes estatales. La ley estatal le prohíbe a usted revelar la información adicionalmente sin el consentimiento explícito por escrito de la persona a quien pertenece, o de alguna otra manera que dicha ley permita.

ARCHIVOS DE ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS

En caso de que la información divulgada sea protegida por los Reglamentos de Salud y Servicios Humanos sobre la Confidencialidad de Archivos de Pacientes del Abuso de Alcohol y Drogas: Esta información le ha sido revelada a usted desde archivos protegidos por los reglamentos federales de confidencialidad (Código de Reglamentos Federales 42, parte 2). Los reglamentos federales le prohíben a usted revelar la información adicionalmente sin el consentimiento explícito por escrito de la persona a quien pertenece, o de alguna otra manera permitida por la parte 2 del CRF 42. Una autorización general para la revelación de información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este propósito. Los reglamentos federales limitan cualquier uso de la información para una investigación criminal o enjuiciamiento de cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

