



Consentimiento inicial para divulgar registros de Programa de la Parte 2 del Centro de Salud Comunitario del New River Valley

Centro de salud comunitario del New River Valley (**el centro o CHCNRV**) proporciona una variedad de servicios de atención médica, incluido el diagnóstico, tratamiento, y la derivación para tratamiento para el uso de sustancias. El Centro utiliza un modelo de atención integrado en el que los miembros de su equipo de atención trabajan juntos para brindar atención integral y coordinada al comprender sus necesidades de salud, conectarlo con los servicios adecuados, y comunicarse regularmente con usted y entre ellos a través de reuniones del equipo de atención, a través de nuestra historia clínica electrónica, etc.

Como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad, su información médica está protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"). Además de HIPAA, las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias (42 CFR Parte 2 ("Parte 2")) brindan protecciones de confidencialidad adicionales para ciertos registros de trastornos por uso de sustancias. Los programas de la Parte 2 del Centro incluyen:

- Las siguientes unidades identificadas que se consideran que brindan y proveen diagnóstico, tratamiento o derivación para tratamiento de trastornos por uso de sustancias:
 - La unidad de la Parte 2 del Centro consiste en proveedores médicos cuando brindan servicios MAT (tratamiento asistido con fármacos) y Proveedores de Salud Conductual que brindan servicios terapéuticos.
- Los siguientes miembros del personal que tienen como función principal la provisión de diagnóstico, tratamiento, o derivación para tratamiento de trastornos por uso de sustancias y son identificados como tales:
 - Dr. David Roberts, Tony Ramsey, Dr. Peter Guerra, Dr. Rebecca King-Mallory, Ashley Slagel-Perry, Janie Kelly, Erin Shaffer, Whitney Chase, Ally Yeatts, Lauren Carter, Laura Hayes and Cyndi Richards

La Parte 2 requiere el consentimiento por escrito del paciente antes de que se pueda divulgar la información protegida por la Parte 2, excepto en circunstancias muy limitadas, como se describe en el Aviso del centro para los pacientes sobre los requisitos federales de confidencialidad bajo 42 CFR Parte 2. Este formulario de consentimiento le permite autorizar la divulgación de sus registros de trastornos por uso de sustancias protegidos por la Parte 2. Por favor revise este formulario detenidamente.

Yo _____ autorizo a los programas de la Parte 2 del **centro** a divulgar mis registros de trastornos por uso de sustancias de la siguiente manera:

- Al **centro** para fines de tratamiento, coordinación de la atención, pago y operaciones de atención médica:
 - Todos mis registros de trastornos de salud conductual/uso de sustancias
 - Las siguientes partes de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias:
 - Ninguno de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias

- A las siguientes farmacias** para fines de tratamiento:

A: _____:

- Todos mis registros de trastornos de salud conductual/uso de sustancias
- Las siguientes partes de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias:
- Ninguno de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias

- A los siguientes proveedores** fuera del Centro de salud (es decir, terapeutas o proveedores médicos) con el propósito de coordinar el tratamiento y la ayuda:

A: _____:

- Todos mis registros de trastornos de salud conductual/uso de sustancias
- Las siguientes partes de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias:
- Ninguno de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias

- A mi compañía de seguro médico** (por ejemplo, Medicaid, Blue Cross) para fines de pago:

A: _____:

- Todos mis registros de trastornos de salud conductual/uso de sustancias
- Las siguientes partes de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias:
- Ninguno de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias

Para fines adicionales (si corresponde):

Para autorizar al programa de la Parte 2 del centro a divulgar registros de trastornos por uso de sustancias a personas y/o entidades adicionales (**como familiares o proveedores de tratamiento adicionales**), complete esta sección:

A la siguiente **persona o entidad**: _____

For the following purpose(s) (e.g., treatment, payment, personal reasons):

To: _____:

- Todos mis registros de trastornos de salud conductual/uso de sustancias
- Las siguientes partes de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias:
- Ninguno de mis registros de trastornos de salud conductual/abuso de sustancias

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre que dicha revocación sea por escrito y se envíe a Ashley Slagel-Perry en Community Health Center of the New River Valley, 215 Roanoke St., Christiansburg, VA 24073, 540-381- 0820, slagelperry@chcnrv.org excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Actuar en confianza incluye la prestación de servicios de tratamiento en base a un consentimiento válido para revelar información a un tercero pagador.

Entiendo que las condiciones de mi tratamiento pueden modificarse hasta e incluyendo la denegación de servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación de mis registros de trastornos por uso de sustancias, según lo permita la ley estatal.

Vencimiento: Este formulario de consentimiento vencerá el: _____.

(Si no se indica una fecha de vencimiento, evento, o condición, este formulario de consentimiento vencerá 1 año después de la fecha de su firma).

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

Si está firmado por la representante legal, relación con paciente

Fecha