|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE REGISTROS MÉDICOS, DE SALUD MENTAL O SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS** **CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL, MENTAL HEALTH AND/OR SUBSTANCE USE RECORDS**Formulario estatal 57392 (4-24)DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL MENOR |
| *INSTRUCCIONES: El administrador de casos familiares o el representante del DCS deberá presentar este formulario a la persona a quien se le solicita la entrega, y podrá ayudar en su compleción si así se le solicitara. La persona que presta su consentimiento para la entrega de documentos deberá leer íntegramente el documento completo y luego firmar en el casillero “Firma del paciente”. Deberá entregarse una copia de este documento a la persona que firma la entrega.* |
| Nombre del paciente      | Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA)      |
| Domicilio *(calle y número, ciudad, estado y código postal)*      | Número telefónico      |
|  |  |  |  |  |
|  | Por el presente, autorizo a |       | a *(marque una)* [ ]  entregar [ ] recibir  |  |
|  |  | *(Nombre de la persona, proveedor u organización)* |  |  |
|  | Registros médicos, de salud mental o sobre consumo de sustancias *(marque una)* [ ]  a [ ]  de: |  |
|  |       |  |
|  | *(Nombre de la persona, proveedor u organización)* |  |
|  |  |  |
| El fin de la entrega es      |
| La información que se entregará es:[ ] Registros médicos [ ]  Registros de salud mental [ ]  Registros sobre consumo de sustancias | Fechas de servicio *(día, mes, año)*De      Para       |
| NOTA: La ley federal requiere que, de solicitarse la entrega de Registros sobre consumo de sustancias, debe incluirse a continuación una descripción explícita de la información sobre el problema de consumo de sustancias que podría entregarse:       |
|  |  |  |
| Conforme a IC 16-39, respecto de la entrega de registros de salud mental y las normas sobre confidencialidad de la Parte 2 del 42 CFR respecto de la entrega de información sobre adicciones: |
|  |  |  |
|  | 1. Este consentimiento podrá revocarse en cualquier momento por escrito, a menos que esa entrega o medida se haya tomado en virtud del consentimiento del paciente.
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. Si no ha sido revocado previamente, el consentimiento del paciente para la entrega de registros médicos, de salud mental o sobre consumo de sustancias vencerá cuando se concrete esta cita, evento o condición (es decir, al cierre del caso de CHINS):
 |  |
|  |  |       |  |
|  |  |  |  |
|  | 1. A menos que el Párrafo (2) determine previamente lo contrario, la entrega de estos registros médicos, de salud mental o sobre consumo de sustancias tendrá una validez de 180 días a partir de la firma de esta entrega.
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. La firma de esta entrega podría no estar condicionada por el tratamiento, el pago, la inscripción o aptitud para recibir beneficios, a menos que las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) lo permitan.
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. La información empleada o suministrada conforme a esta entrega podría ser objeto de una nueva entrega y podría ya no estará amparada por la legislación federal o estatal.
 |  |
|  |  |  |
|  | 1. Mi firma a continuación indica que he leído y comprendido este formulario y que autorizo la entrega de mi información del modo indicado más arriba.
 |  |
|  |  |  |
| Firma del paciente | Fecha *(día, mes, año)*      |
| Nombre tipeado o impreso del paciente      |
| NOTA PARA EL DESTINATARIO: Toda información sobre una adicción que se le suministre está protegida por las normas federales sobre confidencialidad (Parte 2 del 42 CFR). Las normas federales le prohíben la entrega de esta información, a menos que así lo permita expresamente y por medio de consentimiento escrito, la persona a quien pertenezca o, que así lo permita la Parte 2 del 42 CFR. Ninguna autorización general para la entrega de información médica o de otro tipo resulta suficiente para este fin. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o acusar penalmente a un paciente que consume alcohol o drogas. |