|  |
| --- |
| **Consejería Nacional de Alcoholismo y Dependencia de Drogas – NJ/WFNJ SAI/BHI**360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691**Consentimiento Interagencial para Divulgar y Peticionar Información Confidencial del Desorden de uso de Substancias y otra Información Identificable de Salud** |

**Yo,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al firmar y fechar este documento:

 Imprimir nombre del cliente

 **Autorizo a NCADD-NJ divulgar la información sobre mí como describida siguiente (“Mi Información”) a cualquier o todas de las agencias identificada marcadas siguientes (cada uno de ellas, Recipiente), como determinado ser necesario:**

***A quien: Marque y completar todos los que apliquen:***

🞏 Departamento de New Jersey de Servicios Humanos, División de Desarrollo Familiar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Designado/Contacto

🞏 La Junta del Condado de Servicios Sociales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y afiliados Oficiales de Audiencia Justa

 Designado/Contacto

🞏 La División de NJ de Protección de Niños y Permanencia (DCP&P) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Designado/Contacto

🞏 Protección de Niños Iniciativa de Abuso de Sustancias (CPSAI) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Designado/Contacto

🞏 Laboratorio de Toxicología para la Prueba de Orina de Drogas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de tratamiento a quien se le dará / obtendrá la información

🞏 El sistema de pago de Molina Medicaid Solutions / NJMMIS, DMHAS y DCF para elegibilidad, estatus y reclamos; Específicamente, para información de facturas y coaseguros.

🞏 Asistencia de apoyo para individuos y familias (SAIF)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Designado/Contacto

🞏 Transportación de LogistiCare Medicaid \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Designado/Contacto

**También autorizo a todas las agencias / entidades que verifiqué anteriormente (cada una de ellas, una "Divulgación") para divulgar Mi información que se describe a continuación a NCADD-NJ.**

**Autorizo que la siguiente información sobre mí (Mi información) se divulgue a NCADD-NJ y a las agencias / entidades de destinatarios / divulgadores:**

***Marque todo lo que corresponda:***

🞏 **Información del Departamento de Servicios Sociales**, que incluye, pero no se limita a, la estabilidad del trastorno por uso de sustancias, el trastorno de salud mental, el trastorno concomitante o la falta de este, el número del caso y de NJ FamilyCare / Medicaid, el estado de SAIF, el estatus de empleo, el estatus de elegibilidad / sanción, los beneficios, Estatus de actividad laboral.

🞏 **Información de Medicaid y estatus de elegibilidad,** para garantizar la integridad de los procedimientos y procesos de facturas en todos los sistemas.

🞏 **Información de La División de NJ de Protección de Niños y Permanencia (DCP&P)**, incluyendo pero no limitado a NJ Spirit #, estatus del caso, fechas y estatus de los niños, bebidas alcohólicas

y / o información de drogas, y otra información médica protegida relacionada con la evaluación, resultados de evaluaciones médicas

(Síntomas actuales, historial y tratamiento) e incluye categorías especiales de información (como se define a continuación).

🞏 **Laboratorios de Toxicología** que proporcionan análisis de muestras de orina para obtener resultados de exámenes de orina.

🞏 **Información de Empleo,** que incluye, entre otros, el estatus del caso, la preparación para el trabajo y la participación.

🞏 **Información del Tratamiento,** cualquier y toda información relacionada con mi desorden de abuso de sustancias y / o registros de tratamiento, y otra información protegida de salud, que incluye, entre otros, información relacionada con la evaluación (fechas, resultados, historial), fecha de admisión, planes de tratamiento y servicio, resultados de evaluación psiquiátrica, autorizaciones de pago, progreso, asistencia, resultados de pruebas de drogas, resumen del alta (fecha, tipo, estado). Esto también puede incluir información médica no sensible que incluye síntomas actuales, historial médico y recomendaciones de atención, así como categorías especiales de información (como se define a continuación).

Entiendo que los propósitos de estas divulgaciones y solicitudes autorizadas son: (i) permitir que el personal clínico de NCADD-NJ determine mi elegibilidad para los beneficios del Departamento de Servicios Sociales y servicios, actividades laborales y de empleo; (ii) establecer un registro de mi participación y progreso en tratamiento, (iii) para autorizar el pago y monitorear los servicios que necesito; y (iv) coordinar la planificación de los servicios Departamento de Servicios Sociales, La División de NJ de Protección de Niños y Permanencia (DCP&P)y de los proveedores de tratamiento. Además, este consentimiento autoriza la gestión de casos y la consulta con otros proveedores de servicios y posibles proveedores de servicios.

Entiendo que mi información, incluidos los registros de uso y tratamiento de desorden de uso de sustancias y otra información de salud, están protegidas bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad del **Registro de pacientes con Desorden de Uso de Substancias** , 42 CFR Parte 2, e información de salud protegida según la portabilidad y responsabilidad del seguro de salud según Ley de 1996,. 42 USC Sección 1320d, et. seq., según enmendada, y las regulaciones allí incluidas, incluyendo 45 C.F.R. Partes 160 y 164, así como las leyes y regulaciones estatales de confidencialidad. Entiendo que una vez que se divulgue, salvo que lo exijan dichas leyes y regulaciones, la información puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida.

Entiendo que NCADD-NJ no puede y no condiciona su tratamiento, pago o elegibilidad para los beneficios de salud al firmar este formulario. Entiendo que aunque no estoy obligado a firmar este consentimiento para obtener tratamiento de NCADD-NJ, mi elegibilidad para los servicios proporcionados por las agencias / entidades que figuran en este consentimiento puede verse afectada si elijo no firmar.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción en dependencia de él. Mi revocación por escrito se puede enviar por correo a NCADD-NJ Attn: Privacy Officer a la dirección que se me proporcionó en el Aviso de prácticas de privacidad de NCADD-NJ. Si revoco mi consentimiento, entiendo que las agencias enumeradas serán notificadas y mi elegibilidad para los servicios proporcionados por dichas agencias / entidades puede verse afectada. De lo contrario, este consentimiento permanecerá vigente hasta **dos años** después de la fecha de la firma en este comunicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han respondido todas las preguntas, y entiendo completamente la naturaleza de esta autorización y consentimiento, y elijo firmarla voluntariamente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del Cliente o Representante Autorizado** **Fecha**

Si está firmado por un representante autorizado (marque uno):

🞏 Guardián Permanente 🞏 Guardián de Emergencia Especial 🞏 Poder Legal 🞏 Pariente Legal 🞏Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aviso Al Recipiente:**

* 42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.
* Se prohíbe la divulgación de información de salud mental sin la autorización de la persona que es el sujeto de dichos registros, o según lo disponga la ley.
* La ley estatal prohíbe la divulgación no autorizada de información sobre VIH/SIDA.