**Consejería Nacional de Alcoholismo y Dependencia de Drogas – NJ (NCADD-NJ)**

360 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ 08691

**Consentimiento Para Divulgar y Solicitar Información de Salud**

# Yo,

Nombre de Cliente

, al firmar y fechar este documento:

# Yo autorizo, dirijo e instruyo a NCADD-NJ,FVO y el personal clínico a revelar información sobre mí como describida mas abajo (“Mi Información”) para comunicarse y divulgar con:

(Nombre de Persona/Agencia recibiendo información)

Información que identificara sobre mi relacionado a (como aplicable):infección de HIV o SIDA; ETSs/enfermedad venérea, incluyendo, Hepatitis B y C, Información Genética (como definida por N.J.S.A 10:5-44 et seq.); tuberculosis; Información de Salud Mental, que es definida como información directa o indirecta identificándome a mi recibiendo servicios de salud mental de una agencia o programa financiado por DMHAS y gobernado por N.J.A.C. 10:37-6.79 et seq.),incluyendo resultados de evaluación de salud mental(síntomas actual, historia, y tratamiento) y planes de servicios, resultados de evaluación psiquiátricas, asistencia, resultados de examen de droga, resumen de alta). Relacionado con Información Genética, reconozco que este consentimiento sirve como notificación a mi relacionado al acceso a información por el Recipiente y/o NCADD-NJ, como el caso pueda ser.

La siguiente información es necesaria para permitir a las personas/agencias mencionadas a proveer, coordinar y monitorear mi tratamiento de [TB] [STD] [HIV/SIDA]o [HBV/HCV]:

***[Poner inicial en cada categoría que aplique]\****

* (1) Tuberculosis (TB): información sobre mi diagnostico y tratamiento de TB.
* (2) Enfermedad de Transmisión Sexual(es) (ETS): información de mi diagnostico de cualquier ETS.
* (3)VIH/SIDA: información de mi estatus de VIH (incluyendo resultados de VIH y información de mi diagnostico y tratamiento de condiciones relacionadas con VIH, incluyendo SIDA).
* (4) Virus de Hepatitis B (HBV) y/o Virus de Hepatitis C (HCV): información sobre mi diagnostico y tratamiento de HBV o HCV.

El **propósito** de estas comunicaciones y divulgaciones es para: (1) permitir a las personas y agencias mencionadas a proveer, coordinar y monitorear el tratamiento que yo reciba para [TB][STD][VIH/SIDA] y/o [HBV o HCV]; y (2) hablar conmigo sobre cualquier [sexual/compartidor de agujas] compañeros o contactos y/o miembros de familia que puedan estar infectados con [TB][STD][HIV] y/o [HBV/HCV] y necesitan tratamiento.

Yo entiendo que Mi Información es Información Protegida de Salud y está protegida por el Acto de la Portabilidad de Seguro de Salud y Responsabilidad de 1996 (HIPAA), como emendado, y las regulaciones en adelante incluyendo, 45 C.F.R. Partes 160 and 164. También entiendo que mi información que es de tratamiento del desorden de abuso de sustancias es protegida bajo las regulaciones federales que gobiernan la confidencialidad de los archivos de pacientes con desorden de abuso de sustancias, 42 CFR Parte 2. Entiendo que una vez divulgada, excepto como requerido por la ley y regulaciones, la información puede ser re divulgada y no mas protegida. Además, los registros relacionados con la violencia doméstica y el privilegio y la privacidad de los consejeros de víctimas están protegidos bajo N.J.S.A. 2A:84A-22.13 hasta 2A:84A-22.16

Yo entiendo que NCADD-NJ no puede y no condiciona su tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios de salud con mi firma en este formulario. Yo entiendo que a pesar de que no es requerido que yo firme este consentimiento para recibir tratamiento de NCADD-NJ, mi elegibilidad de servicios proveídos por las agencias/entidades listadas en este consentimiento pueden ser afectadas si decido no firmar.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en escrito en cualquier momento excepto cuando se han tomado medidas en dependencia al respecto. Mi revocación en escrito puede ser enviada por correo a NCADD-NJ Attn: Privacy Officer a la dirección localizada en Aviso de Practicas en Privacidad que yo recibí. Si yo revoco mi consentimiento, entiendo que las agencias listadas serán notificadas y mi elegibilidad para servicios proveído por estas agencias pueden ser afectadas.

Este consentimiento permanecerá valido por**6 meses** de la fecha de la firma en esta autorización.

# Firma del cliente o del representante autorizado Fecha

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

Guardián Permanente Guardián Especial de Emergencia Poder Notarial Padre 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.