

## Consentimiento del paciente para divulgar información sobre el tratamiento para el trastorno de drogadicción (SUD)

### Datos del paciente

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido[s])

---

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

---

Teléfono

---

Dirección

---

Ciudad

---

Estado

---

Código postal

---

### Información sobre este Consentimiento

Al llenar y firmar este formulario, usted permitirá que su prestador de servicios de tratamiento para el trastorno de drogadicción (SUD, por sus siglas en inglés) divulgue información sobre dicho tratamiento al sistema de Intercambio de Información de Salud, que a su vez la divulgará a otros miembros de su equipo de salud, como sus prestadores de servicios hospitalarios, de urgencias, de atención primaria y otras personas que participen en la coordinación de su atención. La información se divulgará a los prestadores de servicios de tratamiento que participen en los sistemas de Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) afiliados a los Servicios Compartidos del Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes (CRISP, por sus siglas en inglés), como los de Maryland, Virginia Occidental, Connecticut, Alaska, el Distrito de Columbia y cualquier otro afiliado futuro de los sistemas HIE. Estos prestadores de servicios deberán apegarse a todas las leyes estatales y federales que atañan a la privacidad de su información. Usted puede solicitar una lista de los prestadores de servicios que han recibido su información llenando el formulario de informe de solicitudes de divulgación, en: <https://disclosures.crisphealth.org>. En <https://crispdc.org/wp-content/uploads/2022/01/SUD-FAQ2022-1.pdf> encontrará una lista de las preguntas más frecuentes (PMF) sobre la divulgación de información sobre el tratamiento del trastorno de drogadicción a través del CRISP.

### Consentimiento para divulgar mi información sobre el tratamiento para el trastorno de drogadicción

#### *De parte de quién*

Autorizo a todos mis prestadores de servicios de tratamiento para el trastorno de drogadicción, tanto pasados como presentes y futuros, para que divulguen mi información a través del CRISP.

#### *Para quién*

Autorizo la divulgación a los sistemas HIE afiliados al CRISP, los cuales podrán entonces divulgar la información a cualquiera de los prestadores de servicios, tanto pasados como presentes y futuros, que participen con el sistema HIE en la prestación de mi atención. Puedo solicitar una lista de todos los prestadores de servicios que hayan recibido mi información, visitando: <https://disclosures.crisphealth.org>.

## Tipo y cantidad de los datos

La información divulgada se utilizará para ayudar al equipo de salud a coordinar mi atención y prestar servicios de tratamiento médico.

Opciones de consentimiento (elijá una)

Divulgar toda información sobre el tratamiento para el trastorno de drogadicción

Esto podría incluir mi plan de tratamiento, medicamentos, resultados de laboratorio y observaciones clínicas sobre mi atención.

Divulgar únicamente los datos de contacto de los prestadores de servicios de tratamiento para el trastorno de drogadicción

La información incluirá únicamente el nombre y los datos de contacto de mi prestador de servicios de tratamiento para el trastorno de drogadicción.

## REVOCACIÓN DE MI PERMISO

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento solicitando a uno de mis prestadores de servicios del CRISP participantes que desactive mi consentimiento, ya sea en persona o mediante una solicitud por escrito. Entiendo que mi información se divulgará durante el tiempo que el consentimiento esté activo y mis prestadores de servicios podrán usarla para mi tratamiento y la coordinación de la atención, de acuerdo con las leyes estatales y federales. Entiendo que la revocación no afectará ninguna medida tomada por la organización que fue autorizada para divulgar mi información antes de recibir la notificación de mi revocación.

## FECHA DE VENCIMIENTO

Este Consentimiento y Autorización para divulgar la información sobre mi tratamiento para el trastorno de drogadicción permanecerá en efecto hasta la fecha indicada, a menos que se revoque antes.

Fecha de vencimiento (anote la fecha a continuación)

\_\_\_\_\_

## FIRMA/CERTIFICACIÓN

### Firma del paciente o tutor legal

Con mi firma a continuación, reconozco que tengo la autoridad legal necesaria para dar mi consentimiento para divulgar la información sobre el tratamiento para el trastorno de drogadicción de la persona antes nombrada. Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y entiendo que, como se indica en este formulario, mi información sobre el tratamiento para el trastorno de drogadicción puede divulgarse al CRISP, el cual luego puede divulgarla a los miembros de mi equipo de atención médica que participan en el CRISP.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o tutor legal, o representante legalmente autorizado (si corresponde)

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde