

Consentimiento Para Divulgar Los Expedientes de Trastornos por Consumo de Sustancias al Sistema de Justicia Penal

Información del Paciente	
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Teléfono/correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____
Destinatarios Autorizados	
Autorizo a Axis Health System a divulgar mis expedientes de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD) a las siguientes entidades del Sistema de Justicia Penal (Criminal Justice System, CJS) involucradas en mi supervisión o procedimientos legales:	
<input type="checkbox"/> a mi equipo judicial, de desvío o de supervisión, si requiere actualizaciones de tratamiento para cumplir con su función; O <input type="checkbox"/> tribunales <input type="checkbox"/> agentes de libertad condicional o bajo palabra <input type="checkbox"/> abogado de oficio <input type="checkbox"/> fiscal de distrito <input type="checkbox"/> programa de desvío	
Propósito de la Divulgación	
Esta divulgación se realiza con el propósito de supervisar mi cumplimiento de los términos de participación en la justicia penal, lo que incluye la participación en el tratamiento, el progreso y los resultados.	
Qué Información se Compartirá	
Podrá divulgarse la siguiente información:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fechas de ingreso y alta ▪ Progreso y cumplimiento del tratamiento ▪ Resultados de las pruebas de detección de drogas y alcohol ▪ Asistencia y participación en el tratamiento ▪ Recomendaciones para la continuación de los cuidados o el alta hospitalaria ▪ Cualquier otra información pertinente necesaria para controlar el cumplimiento de los reglamentos 	
Aviso de Nueva Divulgación	
Entiendo que mis expedientes de SUD están protegidos por la ley federal (Título 42 del CFR Parte 2). Una vez divulgados a la entidad autorizada del CJS, no podrán volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que así lo permita la ley.	
Revocación del Consentimiento	
Entiendo que no puedo revocar este consentimiento antes del evento de expiración, tal como lo establece el Título 42 del CFR Sección 2.35 , ya que la divulgación se realiza a una entidad del CJS que necesita supervisar legalmente mi tratamiento en el marco de mi situación judicial.	
Espiración del Consentimiento	
Este consentimiento expirará el:	
<input type="checkbox"/> [Insertar fecha específica] <input type="checkbox"/> Al finalizar mi supervisión de justicia penal <input type="checkbox"/> Al alta del programa de tratamiento <input type="checkbox"/> Otro:	
Reconocimiento del Paciente	
He leído y comprendo este formulario de consentimiento. Autorizo voluntariamente la divulgación de mis expedientes de SUD a las entidades del sistema de justicia penal enumeradas para el propósito indicado.	

Entiendo que:

- Puedo solicitar una copia de este formulario en cualquier momento, y una copia de este formulario es tan válida como el original.
- Los expedientes del programa de tratamiento por consumo de sustancias, protegidos por el Título 42 del CFR Parte 2, no pueden ser utilizados ni divulgados en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra, sin mi consentimiento por escrito o una orden judicial.
- Los expedientes divulgados en virtud de este formulario pueden incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental y tratamiento del consumo de alcohol o drogas.
- **Al firmar a continuación, afirma que estoy autorizado (tengo autoridad legal) para firmar por mi cuenta o en nombre del paciente. Es posible que se me solicite documentación para verificar mi autoridad para firmar este formulario.**

 Firma del paciente, tutor legal o representante personal

 Fecha

 Nombre en letra de imprenta (si firma en nombre del paciente)

 Relación con el paciente (obligatorio si firma en nombre del paciente)