



LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Al firmar este consentimiento, autorizo a Advanced Recovery Systems, LLC, y a cada una de sus instalaciones afiliadas (colectivamente, “ARS”) a intercambiar mi información con la siguiente persona o entidad (“Destinatario”):

Nombre del Destinatario: _____

Dirección de Correo Electrónico del Destinatario: _____

Número de Fax del Destinatario: _____

Número de Teléfono del Destinatario: _____

Dirección del Destinatario: _____

¿Cómo debe enviarse esta información (electrónicamente/correo electrónico, fax, oral, correo postal)?

Autorizo el intercambio de la siguiente información (marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presencia en el Tratamiento | <input type="checkbox"/> Resultados de Pruebas de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento | <input type="checkbox"/> Órdenes Médicas |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Biopsicosocial | <input type="checkbox"/> Registros de Medicación |
| <input type="checkbox"/> Notas de Terapia | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta |
| <input type="checkbox"/> Registro Completo | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | |

Especifique el rango de fechas de los registros médicos solicitados, si corresponde: _____

La información/registros pueden incluir referencias a mi estado de VIH/SIDA: No quiero que esto se incluya

Esto Autorizo el intercambio de mi información para el siguiente propósito:

- Propósito legal Apoyo de familia/amigos
 A mi solicitud Otro (por favor, especifique): _____



Declaración de Consentimiento:

Entiendo que::

- La información intercambiada conforme a este consentimiento puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario de dicha información y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad aplicables; sin embargo, 42 CFR Parte 2 prohíbe al destinatario volver a divulgar mi información excepto según lo permitido por la ley.
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento completando el Formulario de Revocación de Consentimiento, disponible bajo solicitud en las instalaciones de ARS o mediante solicitud por correo electrónico al Departamento de Registros Médicos de ARS en medicalrecords@advancedrecoverysystems.com. La revocación puede especificar a ciertos individuos u organizaciones de los cuales deseo retener mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), y no afecta mi consentimiento general para que ARS use y divulgue mi PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica con partes no especificadas en esta revocación, excepto en la medida en que ARS u otro titular legal autorizado para divulgar mi información ya haya actuado basándose en el consentimiento. Para garantizar el procesamiento adecuado de una solicitud de revocación, por favor envíe el formulario de revocación completado ya sea a su clínico principal (o miembro del personal apropiado) o directamente al Departamento de Registros Médicos.
- ARS no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a si proporciono consentimiento para el intercambio de mi información.
- Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento.

Este consentimiento expira automáticamente un (1) año después de mi firma.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante Autorizado del Paciente

Autoridad para actuar en nombre del Paciente

Si el paciente revoca este consentimiento en cualquier momento, fecha de revocación: _____