

tratamiento de cualquiera de estas enfermedades. Si estos datos se documentan en las partes de mis registros médicos cuya divulgación he autorizado (conforme a lo establecido anteriormente), autorizo la divulgación de dichos datos conforme a esta autorización. Comprendo que la divulgación de los registros de los trastornos por uso de sustancias protegidos por el Código de Reglamentos Federales, 42 CFR Parte 2, puede exigir mi consentimiento específico, para ciertos fines.

DOY MI AUTORIZACIÓN LIBREMENTE Y COMPRENDO QUE: Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (siempre y cuando dicha revocación sea por escrito y presentada ante el **Henry J. Austin Medical Records Department, 321 North Warren Street, Trenton, NJ 08618**), excepto cuando los datos ya se hayan divulgado tomando como base esta autorización. Henry J. Austin Health Center, Inc., no pondrá mi firma en esta autorización como condición para tratamientos, pagos, inscripción o cumplimiento de requisitos para recibir beneficios. La información médica protegida divulgada conforme a esta autorización puede ser sujeta a la divulgación posterior por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida por la regla de privacidad de HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). Pueden cobrarme una tarifa y el costo de envío por las solicitudes de copias de mi expediente médico hechas por terceros.

El Estado de Nueva Jersey permite un plazo de 30 días para cumplir con dichas solicitudes, y las personas sin turno previo se atenderán acorde al nivel de urgencias salvo que exista una emergencia. Si recojo los documentos personalmente, me exigirán y debo presentar documentos legales de identificación.

A MENOS QUE SE REVOQUE DE OTRA FORMA, ESTA AUTORIZACIÓN SE EXPIRARÁ A LOS 365 DÍAS DE SER FIRMADA, O AL CUMPLIRSE LA SIGUIENTE FECHA, ACONTECIMIENTO O CONDICIÓN (SI SE CUMPLEN ANTES DE LOS 365 DÍAS):

(Nota: Si no se especifica una fecha, acontecimiento o condición, la autorización se expirará a los 365 días de la fecha en que se firmó).

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, relación con el paciente

Firma del testigo

Consultorios de Henry J. Austin Health Center:

**321 North Warren St. Trenton, NJ 08618 *112 Ewing St. Trenton, NJ 08609 *
317 Chambers St. Trenton, NJ 08609 * 433 Bellevue Ave., 4º piso, Trenton, NJ 08618
Ph: 609-278-5900 * www.henryjaustin.org**



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS CUBIERTOS POR EL CÓDIGO DE REGLAMENTOS FEDERALES 42 CFR PARTE 2

Henry J. Austin Health Center, Inc. ("HJAHC") presta una variedad de servicios de atención médica primaria a sus pacientes, entre ellos servicios para los trastornos por uso de sustancias. Cierta personal de HJAHC u otro personal tienen como cargo principal diagnosticar los trastornos por uso de sustancias, tratar dichos trastornos o remitir a los pacientes al tratamiento de los mismos, y están identificados como tales proveedores. Los registros de los trastornos por uso de sustancias de pacientes que se mantienen en relación con dichos proveedores están protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), además de por las regulaciones federales conforme al Código de Reglamentos Federales, 42 CFR Parte 2 ("Parte 2"), que rige el Carácter Confidencial de los Historiales Médicos de Pacientes con Dependencia de Alcohol y Drogas. Dicho personal de HJAHC u otro personal, cuyo cargo principal es diagnosticar los trastornos por uso de sustancias, tratar dichos trastornos o remitir a los pacientes, constituyen el "programa de la Parte 2" de HJAHC.

Las leyes y regulaciones federales (de la 42 CFR Parte 2) protegen la confidencialidad de los registros de los trastornos por uso de sustancias de los pacientes e imponen restricciones sobre la divulgación y el uso de dichos registros de trastornos por uso de sustancias que se mantienen en relación con el rendimiento de cualquier programa de la Parte 2. Conforme a 42 CFR § 2.22, a continuación se detalla un resumen por escrito de dichas leyes y regulaciones federales:

- En general, un programa de la Parte 2 solo puede reconocer que una persona está presente, o divulgar datos fuera del programa de la Parte 2 que identifiquen a un paciente como uno que padece o ha padecido algún trastorno por uso de sustancias, en los siguientes casos: (i) la autorización por escrito del paciente se obtiene conforme a la subparte C de la Parte 2, (ii) una orden judicial que lo autorice se emite conforme a la subparte E de la Parte 2, (iii) los registros del paciente se divulgan a personal médico en la medida necesaria como para satisfacer una emergencia médica auténtica (42 CFR § 2.51), (iv) la divulgación es para fines de llevar a cabo investigaciones científicas (42 CFR § 2.52), o (v) la divulgación es para fines de auditoría y evaluación (42 CFR § 2.53);
- La violación de las leyes y regulaciones federales de la Parte 2 por parte de un programa de la Parte 2 es un delito y las sospechas de violaciones pueden informarse a las debidas autoridades conforme a 42 CFR § 2.4. Dichos informes pueden dirigirse al fiscal federal de Estados Unidos para el distrito de Nueva Jersey a la siguiente dirección: U.S. Attorney's Office, 970 Broad Street, 7th Floor, Newark, NJ 07102 (Tel.: (973) 645-2700)); o al oficial de cumplimiento de la oficina de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) responsable por la supervisión del programa de tratamiento con opioides: SAMHSA Opioid Treatment Program Compliance Officer, Region II (Tel: (240) 276- 2547).
- Datos relacionados con la perpetración de un delito en las instalaciones del programa de la Parte 2 o en contra del personal del programa de la Parte 2 no están protegidos;
- Los informes de sospechas de falta de atención y maltrato de menores presentados conforme a las leyes estatales a las debidas autoridades estatales o locales no están protegidos;

Si usted sospecha que sus registros de trastornos por uso de sustancias mantenidos en relación con el programa de la Parte 2 de HJAHC se usaron o divulgaron de una manera que viola la Parte 2, por favor comuníquese con el Responsable de confidencialidad (*Privacy Officer*) de HJAHC, al 609-278-5915.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Yo, _____, autorizo al programa de la Parte 2 de HJAHC (incluso al coordinador del Programa de Tratamiento Asistido con Medicamentos, el consejero acreditado de Alcohol y Drogas, o el especialista par en la recuperación) a divulgar mis registros de trastornos por uso de sustancias mantenidos en relación con el programa de la Parte 2 de HJAHC según se detalla a continuación:

Para fines de tratamiento, incluso la coordinación de atención:

- A HJAHC, incluso a los miembros de mi equipo de tratamiento (entre ellos mi proveedor de atención primaria u otros miembros del personal que me tratan y coordinan la atención que se me presta):
 - Todos mis registros de trastornos por uso de sustancias
 - Las siguientes partes de mis registros de trastornos por uso de sustancias:
 - Notas clínicas
 - Medicamentos y dosificación
 - Resumen del alta
 - Resumen del historial de uso de sustancias
 - Registros de apoyo de pares
 - Otro: ____
 - Ninguno de mis registros de trastornos por uso de sustancias

Para fines de pagos:

- A mi compañía de seguro médico principal (*p. ej.*, Medicare, Medicaid, Blue Cross, Aetna, *et cetera*): _____
 - Todos mis registros de trastornos por uso de sustancias
 - Las siguientes partes de mis registros de trastornos por uso de sustancias:
 - Notas clínicas
 - Medicamentos y dosificación
 - Resumen del alta
 - Resumen del historial de uso de sustancias
 - Registros de apoyo de pares
 - Otro: ____
 - Ninguno de mis registros de trastornos por uso de sustancias
- A mi compañía de seguro médico secundaria (*p. ej.*, Medicare, Medicaid, Blue Cross, Aetna, *et cetera*) (si corresponde): _____
 - Todos mis registros de trastornos por uso de sustancias
 - Las siguientes partes de mis registros de trastornos por uso de sustancias:
 - Notas clínicas
 - Medicamentos y dosificación
 - Resumen del alta
 - Resumen del historial de uso de sustancias
 - Registros de apoyo de pares
 - Otro: ____
 - Ninguno de mis registros de trastornos por uso de sustancias

Para fines adicionales (si corresponde): Para autorizar al programa de la Parte 2 de HJAHC a divulgar sus registros de trastornos por uso de sustancias a personas o entidades adicionales, tales como sus otros proveedores de atención médica o familiares, por favor complete esta sección:

- A las siguientes personas o entidades (nombre/dirección/teléfono): _____

Para los siguientes fines (*p. ej.*, tratamiento, pagos, razones personales): _____

Los siguientes registros:

- Todos mis registros de trastornos por uso de sustancias
- Las siguientes partes de mis registros de trastornos por uso de sustancias:
 - Notas clínicas
 - Medicamentos y dosificación
 - Resumen del alta
 - Resumen del historial de uso de sustancias
 - Registros de apoyo de pares
 - Otro: ____
- Ninguno de mis registros de trastornos por uso de sustancias

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (siempre y cuando dicha revocación sea por escrito y presentada ante el Henry J. Austin Medical Records Department, 321 North Warren Street, Trenton, NJ 08618), excepto cuando los datos ya se hayan divulgado tomando como base esta autorización. La divulgación de datos tomando como base esta autorización incluye la prestación de servicios de tratamiento en base a una autorización válida para la divulgación de datos a pagadores terceros.

Comprendo que las condiciones de mi tratamiento pueden modificarse hasta e incluso la denegación de servicios si me rehúso a autorizar la divulgación de mis registros de trastornos por uso de sustancias, conforme a lo permitido por las leyes estatales.

Expiración: Esta autorización expirará: _____
(Si no especifico una fecha de expiración, evento, o condición, esta autorización expirará a los 365 días de la fecha en que se firmó).

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, relación con el paciente

Fecha