



CENTERSTONE

Formulario de consentimiento para Divulgación de Información Confidencial por Centerstone

Yo, _____, cuya fecha de nacimiento es ____ / ____ / ____ , y cuyo Número de la Seguridad Social es _____ autorizo a Centerstone a revelar al personal y a los contratistas del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS), de la División de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (DASA), y de la División de Salud Mental (DMH) información/registros sobre el tratamiento del cliente que sean necesarios para presentar reclamaciones de reembolso, y para el cumplimiento de las obligaciones legales o contractuales del tercero pagador o de la fuente de financiación.

Entiendo que mis expedientes están protegidos por la Normativa Federal de Confidencialidad (42 CFR Parte 2) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, salvo que la normativa disponga lo contrario. También entiendo que puedo revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la divulgación se haya realizado antes del momento en que lo haya revocado. Entiendo además que la divulgación incluye mi derecho a inspeccionar y copiar (a mi costa) la información que se va a divulgar.

Se trata de una divulgación continua que abarca todo el episodio de tratamiento y hasta que se presenten y tramiten todas las reclamaciones.

El Departamento de Servicios Humanos (OHS) puede pagar una parte o la totalidad de los costes de tus servicios comunitarios de salud mental. Si el OHS va a pagar estos servicios, el proveedor debe comunicar cierta información personal al Departamento. Si usted no desea que el proveedor comunique esta información, puede negarse a ser beneficiario de la financiación del OHS. Si no se niega, el proveedor comunicará toda la información siguiente al Departamento de Servicios Humanos:

- Nombre y apellidos
- Número de Seguridad Social
- Fecha de nacimiento
- Género
- Condado de residencia
- Ingresos y tamaño del hogar

Brindar atención que cambie la vida de las personas.



CENTERSTONE

- Servicios prestados

Se me ha explicado que, si me niego a dar mi consentimiento a esta divulgación de información, las consecuencias serán las siguientes: No podré optar a ningún tipo de ayuda financiera y deberé pagar la tarifa completa antes de cada episodio de servicio. _____ Iniciales del cliente

Ejecutado este _____ día de _____, 20_____

Firma del paciente

Firma del padre, tutor o persona autorizada
Representante (cuando sea necesario)

Testigo

Aviso a la Agencia/Persona receptora: No podrá volver a divulgar esta información a menos que la persona que consintió esta divulgación consienta específicamente dicha divulgación. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

En virtud de la Ley Federal de 1 de julio de 1975, Confidencialidad de los Registros de Pacientes que Abusan del Alcohol y las Drogas, no se podrán divulgar dichos registros, ni la información de los mismos, sin una autorización específica para dicha divulgación. La divulgación del número de la Seguridad Social es obligatoria en virtud del 42 U.S.C. 405 (c) (2) y se utilizará para determinar la elegibilidad para el servicio, la determinación del reembolso por parte de Medicaid, la identificación y la detección y posible procesamiento por fraude.

Brindar atención que cambie la vida de las personas.