

## Consentimiento para la Divulgación de Información sobre Trastornos por Consumo de Sustancias

(Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica)

Contexture opera un intercambio de información médica (HIE), el cual ayuda a médicos, planes de salud y otros usuarios autorizados a acceder a los expedientes médicos de los pacientes cuando la ley lo permite, por ejemplo, para brindar atención, gestionar la facturación o realizar las operaciones habituales de la atención médica. Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza que toda su información médica, incluida la información relacionada con cualquier trastorno por consumo de sustancias, se comparta a través del HIE.

### Información del paciente

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

Ciudad/estado:

Código postal:

### Su información

Marque uno:

**YO SOY EL PACIENTE.** No necesita completar el resto del formulario.

**NO soy el paciente.** Complete el resto de esta sección:

Mi nombre:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

Ciudad/estado:

Código postal:

Relación con el Paciente / Descripción de la autoridad (obligatorio) (marque todas las opciones que correspondan):

Padre/guardián  Apoderado legal para la atención médica Otro: \_\_\_\_\_

### Divulgentes y destinatarios

Las siguientes personas y organizaciones (los Divulgentes) pueden compartir toda la información médica del Paciente, incluida la información sobre trastornos por consumo de sustancias, y las siguientes personas y organizaciones (los Receptores) pueden recibirla:

- Los proveedores de atención médica del Paciente (incluidos aquellos relacionados con trastornos por consumo de sustancias), pagadores externos, planes de salud, miembros del equipo de atención y sus contratistas; y
- Contexture, sus entidades afiliadas y sus contratistas.

## Información médica

Los Destinatarios pueden recibir **toda la información médica del Paciente, incluida la información sobre trastornos por consumo de sustancias**. Esta información puede incluir registros médicos, de facturación, de imágenes, de programación de citas y otros registros que se utilizan para tomar decisiones de atención médica sobre el Paciente.

## Información médica sensible

La divulgación de la información médica del Paciente puede revelar datos de carácter sensible, tales como los relacionados con enfermedades transmisibles o de transmisión sexual/infecciosas, VIH/SIDA, salud reproductiva, discapacidades del desarrollo o intelectuales, trastornos cognitivos, salud mental o de conducta, consumo de sustancias (como el abuso de drogas y alcohol), abuso/negligencia, pruebas genéticas y otra información sensible. Al firmar este formulario, usted autoriza a los Divulgantes a compartir esta información a los Destinatarios.

## Finalidad de la divulgación

**La información médica del Paciente se puede compartir para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluidos los usos y las divulgaciones futuras para estos fines.** Una vez divulgada, un Destinatario puede usar y volver a divulgar la información según lo permitan o lo exijan las leyes y políticas vigentes.

## Vencimiento y revocación

Entiendo que:

- Para revocar este consentimiento, debo enviar una solicitud de revocación por escrito a la organización de atención médica indicada al final de este formulario o a otro proveedor de atención médica que participe en el HIE de Contexture.
- Puedo revocar este consentimiento; sin embargo, ello no afectará ningún uso o divulgación de mi información que ya se haya realizado con base en este consentimiento.
- Después de que este consentimiento venza o se revoque, los Divulgantes y los Destinatarios aún pueden solicitar, acceder, intercambiar, usar y divulgar la información médica del Paciente según lo permitan o lo exijan las leyes vigentes.

Este consentimiento vence el: \_\_\_\_\_(mes) / \_\_\_\_\_(día) / \_\_\_(año). Si no se indica una fecha, vencerá dos (2) años a partir de la fecha en que se firme este formulario de consentimiento (salvo que se revoque antes).

## Inclusión en el Intercambio de Información Médica (HIE)

Entiendo que la información médica del Paciente se compartirá a través del HIE de Contexture. Si el Paciente se ha excluido del HIE, al firmar este formulario se cancela su estado de “exclusión” y se permite que la información médica se comparta y se consulte a través del HIE.

## Otra información importante

- ✓ **Destinatarios sujetos a HIPAA.** Si un Destinatario que recibe registros relacionados con el consumo de sustancias está regulado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), puede volver a divulgar dichos registros según lo permita HIPAA, excepto en procedimientos civiles,

penales, administrativos o legislativos en contra del Paciente.

- ✓ **Redivulgaciones en general.** Los Destinatarios pueden volver a divulgar la información médica. Es posible que dichas redivulgaciones no estén protegidas por leyes federales o estatales, tales como HIPAA o 42 C.F.R. Parte 2.
- ✓ **Consecuencias de no firmar.** Si usted no firma este formulario de consentimiento, es posible que los registros del Paciente relacionados con el consumo de sustancias no estén disponibles a través del HIE de Contexture para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. También he recibido una copia de este formulario de consentimiento firmado.

**Firma del  
paciente:**

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

NOTA: El Paciente debe firmar este formulario si el Paciente (i) es menor de edad o (ii) es un adulto que no ha sido declarado legalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica.

**Representante personal**

**Firma (si corresponde):**

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

NOTA: Un Representante personal debe firmar este formulario si el Paciente (i) reside en Arizona y es menor de 12 años, o (ii) ha sido declarado legalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica, o (iii) ha fallecido.

**Aviso a los Destinatarios de registros de TCS: 42 C.F.R. Parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros.**

<p>Nota para el paciente o el representante personal: Para revocar este consentimiento, envíe una solicitud por escrito a la organización que se indica a continuación o a otro proveedor de atención médica que participe en el HIE de Contexture. (La organización de atención médica que presenta este formulario debe completar esta sección)</p>	
<b>Nombre de la organización:</b>	
<b>Dirección de la organización:</b>	
<b>Correo electrónico de la organización:</b>	