

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA PARA DEJAR EL TABACO

Nombre: _____ Apellido: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Autoriza a: _____ TCP HEW: _____
Programa para Dejar el Tabaco Nombre del Proveedor

Dirección Ciudad Estado Código Postal

A divulgar: Registros del Programa para Dejar el Tabaco (incluidos los Registros Educativos)

Nombre del Proveedor: _____
Nombre del Centro, Proveedor o Persona Número de Teléfono

Dirección Ciudad Estado Código Postal

El propósito de esta divulgación es:

- Ayudar con la evaluación y educación
- Comunicación verbal continua para la continuidad del cuidado
- Referencia a Behavioral Healthcare Options (BHO)
- Otro (especifique) Información relacionada con recetas vinculadas a dejar el tabaco

La información que se divulgará es:

- Antecedentes Médicos
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Plan/Cuestionario Médico
- Antecedentes Sociales
- Antecedentes de Abuso de Sustancias
- Otro (especifique) Información relacionada con recetas vinculadas a dejar el tabaco

No Divulgar Información Acerca de:

Entiendo que mis registros están protegidos en virtud de las Leyes de Confidencialidad del Estado y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R., partes 160 y 164, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, salvo que se estipule lo contrario en las normas. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo que se hayan tomado medidas de acuerdo con este documento y que en cualquier caso, este consentimiento vence automáticamente del modo siguiente:

Esta divulgación vence:

- Al recibir la información
- Fecha
- A los 30 días de la finalización del tratamiento

También confirmo que se me ha explicado por completo la información que se divulgará y otorgo este consentimiento por mi propia voluntad.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____
En caso de tutor o representante personal, adjunte la documentación de respaldo.

Firma del testigo: _____