



Consentimiento para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Nombre del cliente: _____ **ID del cliente:** _____

Título

Intercambio de información sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD) (HIPAA y 42 C.F.R. Parte 2, según enmienda del 16 de febrero de 2024)

Propósito

Este consentimiento autoriza a **CarePlus NJ, Inc., incluidos todos sus programas, departamentos y servicios actuales y futuros, a utilizar y divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI), incluidos los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (substance use disorder, SUD), para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (Treatment, Payment, and Health Care operations, TPO),** así como para otros fines que permite la ley.

Este consentimiento también permite la divulgación de información para **fines específicos además de TPO**, conforme a la legislación federal.

Alcance/descripción de la información

Incluye todos los registros de SUD necesarios para el tratamiento y las operaciones del programa, tales como:

- resúmenes de tratamiento y notas de evolución;
- evaluaciones y valoraciones psiquiátricas;
- historial de medicamentos e indicaciones de medicamentos recetados;
- notas de coordinación de la atención.

Notas de asesoramiento sobre SUD:

- Se mantienen separadas del registro principal.
- Requieren una **autorización específica** para su divulgación.
- Pueden **revocarse de forma independiente en cualquier momento** sin afectar este consentimiento ni otras autorizaciones.

Limitaciones de la divulgación

Este consentimiento **no autoriza la divulgación** a:

- familiares, empleadores o representantes legales;
- servicios de libertad condicional, agencias de vivienda u otros terceros que no participen en el tratamiento;
- cualquier fin aparte de TPO.

Dichas divulgaciones requieren una **autorización independiente de divulgación de información (Release of Information, ROI)**.

Derecho de revocación

Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que CarePlus NJ u otras partes autorizadas ya hayan actuado con base en él.

Contacto para la revocación:

Privacy Officer
CarePlus NJ, Inc.,
1 Kalisa Way, Suite 112,
Paramus, NJ 07652
Teléfono: 201-649-4466

Plazo de vigencia

Este consentimiento tendrá una vigencia de **un año a partir de la fecha de su firma** o al momento de su **revocación por escrito**.

Autorización para la divulgación de notas de asesoramiento de SUD

- NO autorizo la divulgación de mis notas de asesoramiento de SUD.
- Autorizo la divulgación de mis notas de asesoramiento de SUD.

Aviso de nueva divulgación (42 C.F.R. Parte 2)

Esta información se divulgó a partir de registros protegidos conforme a **42 C.F.R. Parte 2**. Las normas federales **prohíben cualquier divulgación adicional, salvo que se autorice por escrito o esté permitida por la ley**.

Los registros de la Parte 2 pueden ser divulgados de nuevo por el receptor y podrían **dejar de estar protegidos conforme a la Parte 2**, excepto en usos relacionados con procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra.

Una **autorización general para la divulgación de información médica NO es suficiente** para la nueva divulgación de registros de la Parte 2. Las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) también pueden aplicarse, pero **no sustituyen las protecciones de la Parte 2**.

No condicionamiento del acceso al tratamiento

CarePlus NJ **no condicionará su tratamiento ni el acceso a los servicios** a que usted firme este consentimiento.

Derecho a recibir una copia

Usted tiene derecho a **recibir una copia de este consentimiento firmado** si la solicita.

Orientación para menores y representantes personales

- **Los menores** de cualquier edad pueden dar el consentimiento para el tratamiento de SUD sin la participación de un padre, madre o tutor legal; el consentimiento del padre, madre o tutor legal **no puede anular** el consentimiento del menor para SUD.
- Los representantes personales deben presentar **documentación que acredite su autoridad** para firmar.

Plazo de vigencia y firma

Nombre en letra de imprenta: _____ **Fecha:** _____

Firma del cliente, padre, madre o tutor legal: _____

Relación con el cliente: _____

Si corresponde, firma del menor: _____

Declaración de cumplimiento

Este consentimiento cumple con la HIPAA (45 C.F.R. Partes 160 y 164) y 42 C.F.R. Parte 2 (de conformidad con la enmienda del 16 de febrero de 2024).