

- Yo puedo retirar este consentimiento en cualquier tiempo avisando a la agencia por escrito. Esto frenará las agencias listadas de compartir información después de saber que mi consentimiento ha sido retirado.
- I tengo el derecho de saber que información acerca de mi ha sido compartida, y porqué, cuándo, y con quién fue compartida. Si yo pregunto, cada agencia me mostrará esta información.
- Yo quiero que todas las agencias acepten una copia de esta forma como consentimiento válido para compartir información.
- Si yo no firmo esta forma, no información será compartida y yo tendré que contactar cada agencia individualmente para darles la información que ellos necesitan.

Firma (s) _____ Fecha _____
 (Persona o Personas Dando Consentimiento)

Firma(s) _____ Fecha _____
 (Firma del Joven si se va a compartir información de un diagnóstico de abuso de sustancia)

Persona Explicando la Forma:

 Nombre Título Número de Teléfono

Testigo (Si Se Requiere): _____
 Firma Dirección Número de Teléfono

TENGA EN CUENTA LA INFORMACIÓN QUE ACOMPAÑA ESTA FORMA DE DIVULGACIÓN: Esta información ha sido divulgada a usted de archivos protegidos por las reglas de Confidencialidad Federal del alcohol o Registros de Abuso de Drogas de Pacientes (42CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que más divulgación esta expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quién pertenece o de otro modo permitido por 42 CFR Parte 2. Un autorización general para la divulgación de información médica u otra NO es suficiente para este propósito. Las regla Federal restringe cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar cualquier paciente con abuso de drogas o alcohol.

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

EL CONSENTIMIENTO HA SIDO:

- Revocado en su totalidad
- Parcialmente revocada como sigue:

NOTIFICACIÓN QUE EL CONSENTIMIENTO FUE REVOCADO POR:

Carta (Adjunte Copia) FECHA QUE LA SOLICITUD SE RECIBIÓ: _____

REPRESENTANTE DE LA AGENCIA QUE RECIBE LA SOLICITUD:

 (NOMBRE Y TITULO COMPLETO DEL REPRESENTATE DE LA AGENCIA)

 (DIRECCIÓN DE LA AGENCIA)