



# Condado de Santa Cruz Agencia de Servicios de Salud Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias



## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE USO DE SUSTANCIAS

Estoy solicitando los servicios del sistema de atención del Programa de Servicios de Trastornos por Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz con \_\_\_\_\_.

Por la presente reconozco mi consentimiento para inscribirme en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias.

- Entiendo que el tratamiento de trastornos por uso de sustancias puede incluir evaluación y planificación del tratamiento, consejería individual, familiar y grupal, educación sobre el trastorno por uso de sustancias, capacitación en recuperación, pruebas de drogas, vivienda supervisada / estructurada, manejo de casos. En conformidad con las regulaciones de confidencialidad descritas a continuación, puede ocurrir coordinación con el Programa de Servicios de Trastornos por Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz, financiadores de tratamiento, agencias de referencia y / o profesionales involucrados en mi cuidado incluyendo la planificación del alta, y consejería de mantenimiento.
- Entiendo que toda la información y los registros obtenidos y mantenidos en el curso de servicios de tratamiento están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de Programa de Servicios de Trastornos por Uso de Sustancias de registros de pacientes, 42 CFR Parte 2, y la Ley de Responsabilidad de 1996 y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) 45 CFR, Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el reglamento o autorizado por mí.
- Entiendo que los programas de Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz pueden necesitar divulgar mi información a mi proveedor de seguro médico con el propósito de realizar *pagos*, permitir que mis proveedores de atención médica reciban compensación por los servicios que me brindan y determinar si soy elegible para ciertos servicios o beneficios. Asimismo, entiendo que, con fines relacionados con las operaciones de atención médica —como actividades administrativas, financieras, legales y de mejora de calidad necesarias para que la organización funcione adecuadamente y respalde mi tratamiento y el pago de mis servicios— los programas de Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz pueden divulgar mi información. Autorizo dichas divulgaciones para los fines de pago, tratamiento y operaciones.
- Yo entiendo que puedo reportar cualquier insatisfacción al Coordinador de Mejoramiento de Calidad, 1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060, (831) 454- 4468. También puedo reportar quejas a la División de Cumplimiento de Desordenes de Uso de Sustancias, del Departamento de Servicios de Salud del Estado, P.O. Box 997413, MS# 2601, Sacramento, CA 95899-7413.
- De acuerdo a mi conocimiento, yo reconozco expresamente que toda la información que he dado durante mi admisión esta correcta. He recibido y leído copias de las reglas del programa, los acuerdos de los participantes y los derechos de los clientes que me ha suministrado mi proveedor de tratamiento.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento y que tengo el derecho de recibir una copia de este consentimiento.
- Doy mi consentimiento para ser contactado/a por el programa mencionado anteriormente después de alta para una cita de seguimiento \_\_\_\_ (Inicial)

Copia Proporcionada:  Iniciales \_\_\_\_ Se le ofreció una copia, pero el cliente se negó:  Iniciales \_\_\_\_

Nombre del Cliente (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Firma de Testigo/Trabajador: \_\_\_\_\_