



Consentimiento para compartir registros de trastorno de consumo de sustancias protegidos por 42 CFR Parte 2 para operaciones de tratamiento, pago o atención médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Las leyes federales, estatales y del Distrito de Columbia protegen la privacidad de su información médica. Algunos registros de trastorno por consumo de sustancias cuentan con protección legal adicional conforme a las regulaciones federales conocidas como 42 CFR Parte 2 o "Parte 2". Whitman-Walker Health (WWH) solo puede compartir los registros de trastorno de consumo de sustancias protegidos por la Parte 2 ("Registros protegidos por la Parte 2") si usted nos otorga su permiso por escrito o si la ley nos permite compartirllos sin ese permiso por escrito.

Al firmar este formulario, usted autoriza a WWH a compartir sus registros protegidos por la Parte 2, según se describe en este documento. Lea este formulario detenidamente y háganos saber si tiene alguna duda.

Autorización: Al firmar este formulario, otorgo a WWH permiso para compartir:

- Mis registros protegidos por la Parte 2, incluida información sobre trastorno por consumo de sustancias, que se encuentra en:
 - información de diagnóstico
 - medicamentos y dosis
 - resultados de prueba de laboratorio
 - resúmenes de alta, datos de reclamaciones y encuentros, y lista de problemas actuales
- De los Programas de la Parte 2 de WWH:
 - Programa de Servicios de Adicciones Whitman-Walker para Personas con Trastornos Concurrentes ("WWAS Co-Op")
 - Gestión del consumo de sustancias para la reducción del daño, y/o
 - Comprender su grupo de uso
- Con los proveedores de atención médica que me tratan; compañías aseguradoras y terceros responsables de pago; y personas que colaboran en la operación de los Programas de la Parte 2 de WWH.
- Para fines de tratamiento, pago o atención médica.

Efecto de la firma: Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

- Cuando mis registros protegidos por la Parte 2 se compartan con otros médicos, hospitales, compañías aseguradoras y sus proveedores (conocidos como entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales), para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, los destinatarios podrán compartir mis registros protegidos por la Parte 2 conforme lo permite HIPAA, excepto para acciones legales (como procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos) en mi contra.
- Una vez que mis registros protegidos por la Parte 2 se compartan para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, los destinatarios podrán volver a compartirlos y dichos registros dejarán de estar protegidos por la Parte 2.
- Mis registros protegidos por la Parte 2 incluyen otra información médica sobre mí y pueden contener información médica sensible, como información relacionada con el VIH/SIDA, salud mental y del comportamiento o salud reproductiva. Entiendo que cuando se compartan mis registros protegidos por la Parte 2, también se compartirá el resto de mi información médica, incluida mi información médica sensible. Si no deseo que esta información sea compartida, no firmaré este formulario.

Efecto de NO firmar: Si NO firmo este formulario:

- WWH continuará brindándome tratamiento. Sin embargo, tendré que pagar "de mi bolsillo" los servicios del Programa de la Parte 2, ya que WWH no podrá facturarlos a mi compañía aseguradora de salud.
- Mis otros proveedores de atención médica dentro de WWH (aquellos que no forman parte de los Programas de la Parte 2) tendrán acceso limitado a mis registros protegidos por la Parte 2, lo cual podría perjudicar mi atención médica.
- Mis otros proveedores de atención médica fuera de WWH no tendrán acceso a mis registros protegidos por la Parte 2, lo cual podría perjudicar mi atención médica.

Vencimiento: Al firmar a continuación, entiendo que:

- A menos que revoque (cancele) este consentimiento, entrará en vigor de inmediato y vencerá un año después de la fecha de mi firma, o en la siguiente fecha: _____ (esta fecha no puede exceder un año desde la fecha de firma indicada a continuación).
- Puedo cambiar de opinión y revocar (cancelar) este consentimiento en cualquier momento, enviando una notificación por escrito al Director de Privacidad de WWH a la dirección: HIPAA@Whitman-Walker.org. La cancelación de mi consentimiento no afectará la información que se haya compartido antes de la fecha de dicha cancelación.

Avisos: Al firmar a continuación, entiendo que:

- WWH me brindará la oportunidad de revisar mis registros de paciente, cuando la ley lo permita.

- Puedo solicitar a WWH una copia de este formulario completo, y me la proporcionarán.

Al firmar este formulario, acepto haberlo leído y comprendido:

Paciente o representante legal: _____ **Fecha:** _____

Relación/parentesco con el paciente si firma un representante legal: _____