

## Idaho Tratamiento De Abuso De Sustancias Y Servicios De Apoyo De Recuperación

Dirija todas y cada una de las preguntas o preocupaciones a: \_\_\_\_\_

### Consentimiento Para Divulgar Información

Yo, \_\_\_\_\_ estoy solicitando servicios de abuso de sustancias del Sistema de atención de abuso de sustancias de Idaho financiado públicamente. Como tal voluntariamente autorizo a BPA Health, aquellos proveedores de tratamiento de Abuso de Sustancias y Servicios de Apoyo de Recuperación que son contratados para proporcionar tratamiento y servicios de apoyo de recuperación bajo el Sistema de cuidado de abuso de sustancias financiado públicamente por el estado de Idaho y el Departamento de Salud y Bienestar (Departamento) para revelar mi nombre, toda la información sobre el tratamiento necesario y mi número de seguro social el uno al otro y a el Departamento. Esta información será revelada para los siguientes propósitos: **1)** Para ayudar a referirme a cuidados apropiados y guiar mi tratamiento y apoyo de recuperación; **2)** Para ser ingresado en la base de datos común de clientes del Departamento para que yo tenga un solo número de cliente para cualquier servicio recibido del Departamento; **3)** Para procesar el pago de los costos de mis servicios de tratamiento y recuperación; **4)** Para monitorear el cumplimiento en el programa; **5)** Para la auditoria y la investigación del programa, incluyendo los evaluadores independientes, los supervisores de contratos o los investigadores designados por el Departamento; **6)** Para investigaciones relacionadas con el fraude.

Además, autorizo la revelación del tratamiento de abuso de sustancias y datos de resultados de recuperación coleccionado por el Tratamiento de Abuso de Sustancias y Servicios de Apoyo de Recuperación, BPA Health y el Departamento del Centro Federal para el Tratamiento del Abuso de Sustancias y sus agentes contratados para recolección de datos. \_\_\_\_\_ Iniciales del cliente

### Consentimiento Informado y Voluntario Para el Tratamiento

El propósito de mi participación, como cliente, en el programa de tratamiento de abuso de sustancias financiado públicamente por Idaho es adquirir conocimientos, habilidades, y actitudes que apoyan un estilo de vida sobrio y más satisfactorio. En adición de los potenciales resultados positivos que pueden ocurrir como resultado de mi participación, los siguientes riesgos razonablemente previstos pueden ocurrir, como ocurriría en cualquier otro programa de tratamiento de alcohol y drogas: violación de confidencialidad; reacciones negativas de los miembros del grupo; estrés emocional de los requerimientos de la interacción grupal, auto-revelación; el estrés hacia las relaciones que resultan de la discusión de los problemas, traumas del pasado; y, el estrés hacia las relaciones que resultan de los cambios de comportamiento del participante, positivo o negativo, la necesidad de asistir a reuniones de apoyo de recuperación, pasar tiempo en grupo y hacer tareas.

Los proveedores tomaran medidas para minimizar o proteger a los participantes contra riesgos potenciales adhiriéndose a los estándares de confidencialidad que se encuentran tanto en el Código Federal como en el Código Estatal e informando y verificando la comprensión de las reglas del grupo por parte del cliente. Y, intervenir y orientar la divulgación apropiada, la confrontación y la resolución en el grupo y en los conflictos familiares. Los proveedores ayudaran a los clientes a acceder a servicios sobrios de apoyo y grupos de autoayuda donde se dispone de apoyo para la aceptación y reducción del estrés. \_\_\_\_\_ Iniciales del cliente

### Comunicado de Revocación

Esta publicación puede ser revocada en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en dependencia de este consentimiento. Reconozco que alguna información puede incluir material que está protegido por las regulaciones estatales y federales, incluyendo la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2 y la ley de Portabilidad y Responsabilidad de la información de Salud (HIPAA). A menos que sea revocado como se indicó anteriormente, este consentimiento caduca: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Iniciales del cliente

He leído el Consentimiento anterior para la Liberación de información, Consentimientos Informado y voluntario para el tratamiento y la Cláusula de Revocación. Estoy de acuerdo en que se me ha dado la oportunidad de cuestionar las revelaciones anteriores y el consentimiento para el cuidado y estoy de acuerdo con la Divulgación y Consentimiento al Tratamiento.

---

Imprima Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha

---

Imprima Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

---

Imprima Nombre del Testigo

Firma Del Testigo

Fecha