



- Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento notificando a la agencia informante por escrito. Esto impedirá que las agencias mencionadas compartan información tras tomar conocimiento de que se ha retirado mi consentimiento.
- Tengo derecho a saber qué información sobre mí se ha compartido y por qué, cuándo y con quién se ha compartido. Si lo pido, cada agencia me mostrará esta información.
- Quiero que todas las agencias acepten una copia de este formulario como consentimiento válido para compartir información.
- Si no firmo este formulario, la información no se compartirá y tendré que ponerme en contacto con cada agencia individualmente para darles la información que necesiten.

Firma(s) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (Persona(s) que consiente(n))

Persona que explica el formulario: \_\_\_\_\_  
 Nombre Cargo Número de teléfono

Testigo (si es necesario): \_\_\_\_\_  
 Firma Dirección Número de teléfono

**NOTA A INCLUIR SI HAY INFORMACIÓN QUE ACOMPAÑE A ESTE FORMULARIO DE DIVULGACIÓN:** Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol o drogas (título 42, parte 2 del Código de Reglamentos Federales [CFR]). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la persona a la que esta pertenece lo permita expresamente por escrito, o según lo permitido por el título 42, parte 2 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a un paciente que abuse del alcohol o las drogas.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA**

EL CONSENTIMIENTO HA SIDO:

Revocado en su totalidad

Revocado parcialmente como se indica a continuación:

LA NOTIFICACIÓN DE QUE EL CONSENTIMIENTO FUE REVOCADO FUE ENVIADA POR:

Carta (adjuntar una copia) FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE DE LA AGENCIA QUE RECIBIÓ LA SOLICITUD:

\_\_\_\_\_ (NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA)

\_\_\_\_\_ (DIRECCIÓN DE LA AGENCIA)