

## CONSENTIMIENTO PARA DERIVACIONES A SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Yo (padre/madre/tutor), \_\_\_\_\_ autorizo a:  
\_\_\_\_\_ (Escuela/Agencia para realizar la divulgación)

a divulgar la información descrita a continuación a (Agencia que recibe la información):

Seleccione el proveedor de su preferencia:

- The Guidance Center  
2187 N Vickey St  
Teléfono: (928) 527-1899  
Fax: (928) 714-5365  
[mmase@tgcaz.org](mailto:mmase@tgcaz.org)  
(The Guidance Center [TGC] presta servicios al Sistema de Contención de Costes Sanitarios de Arizona [Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS] y a algunos seguros privados.)
- Servicios de salud y comportamiento de Southwest  
1515 E. Cedar Ave. #B-4  
Flagstaff, Arizona 86004  
Teléfono: (928) 779-4550  
[www.sbhservices.org](http://www.sbhservices.org)  
(Servicios de salud y comportamiento de Southwest [Southwest Behavioral & Health Services, SBHS] presta servicios al AHCCCS y a algunos seguros privados.)

Con respecto a (nombre del niño): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación: (referencia, extensión, coordinación inicial de la atención para el acceso a los servicios, asistencia para la elegibilidad).  
\_\_\_\_\_

Al firmar esta autorización, otorgo mi consentimiento para que se proporcione información de derivación, incluidos el nombre, la información de contacto, la elegibilidad y el propósito de la derivación y el servicio. La agencia receptora proporcionará ayuda a las fuentes de derivación y a los padres/tutores para revisar la elegibilidad y las opciones de servicios. La agencia receptora está autorizada a verificar la inscripción o proporcionar las razones por las que los servicios fueron rechazados nuevamente a la fuente de referencia.

El propósito es coordinar la derivación y el alcance para el acceso a la atención. Cualquier divulgación adicional requeriría un consentimiento adicional obtenido como parte del proceso de admisión de la agencia.

Otorgo mi consentimiento para que el proveedor se comuniqué conmigo: \_\_\_\_\_

Teléfono u otra información de contacto: \_\_\_\_\_

Horarios de contacto de preferencia (si corresponde): \_\_\_\_\_

Información del plan de salud (si se conoce/corresponde): \_\_\_\_\_

### Derechos:

- Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará los servicios que el niño reciba, el pago ni la elegibilidad para los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una nota por escrito a la agencia/persona remitente. Comprendo que la solicitud de retirar mi consentimiento será válida tan pronto como se reciba, pero no se aplicará a la información divulgada previamente.
- La información utilizada o divulgada por esta autorización puede estar en riesgo de ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Este consentimiento vencerá el \_\_\_\_\_ o un año después de la fecha de la firma.

Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo/miembro del personal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cargo/credenciales: \_\_\_\_\_

**Aviso:** Los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas están protegidos por las reglamentaciones federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] parte 2). Las reglamentaciones federales prohíben que usted haga cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que se permita expresamente la divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece la información o según lo permitido por el Título 42 del CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglamentaciones federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. La información relacionada con enfermedades contagiosas, de conformidad con esta divulgación, no puede volver a divulgarse sin autorización específica por escrito (Título 36-664 de los Estatutos revisados de Arizona [Arizona Revised Statutes, ARS]).

Revoco esta autorización el: \_\_\_\_\_