

# **CONFIDENCIAL**



## **ADSS**



Nombre individual impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Miembro del personal Nombre y credenciales en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

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

Firma y credenciales del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El individuo / padre se niega a reconocer el recibo: \_\_\_\_\_

Firma y credenciales del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

o El individuo / padre se niega a reconocer el recibo:

Firma y credenciales del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

# Consentimiento para tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias

Nombre individual: \_\_\_\_\_

Por favor ponga sus iniciales al lado de cada declaración después de leer.

**1. SOLICITUD DE TRATAMIENTO**

\_\_\_ Doy mi consentimiento para ser admitido en el programa ambulatorio de New Progressions, LLC para la provisión de servicios de intervención / tratamiento por abuso de sustancias. Soy consciente e informado de la naturaleza y finalidad de los servicios, posibles opciones alternativas y duración aproximada de la atención. Entiendo que, si bien existen claros beneficios para recibiendo servicios, los resultados deseados no están garantizados.

**2. COOPERACIÓN CON EL TRATAMIENTO**

\_\_\_ Entiendo que mi estatus como Individuo de Nuevas Progresiones, LLC depende de mi voluntad cooperar con el personal y otras personas, así como para cumplir con las reglas del programa. Entiendo que La falta de cooperación y cumplimiento puede resultar en una ubicación alternativa para mí.

**3. TRASLADO DE SERVICIOS**

\_\_\_ Entiendo que es posible que sea necesario trasladarme a otro lugar para recibir tratamiento por abuso de sustancias y servicios de intervención, necesidades médicas y de salud mental, según la situación. Le doy al personal de Nuevo de Progressions, LLC permiso para hacer tales recomendaciones.

**4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

\_\_\_ Entiendo que New Progressions, LLC es responsable de informar al Departamento de Salud del Condado de cualquier enfermedad transmisible que yo pueda informar, de acuerdo con 381.23 y 384.06 F.S.

**5. CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD**

\_\_\_ Entiendo la importancia de la confidencialidad y el derecho a la privacidad de los compañeros del programa. Soy consciente de las leyes y reglamentos federales de confidencialidad que rigen los programas de tratamiento de alcohol y drogas. estoy de acuerdo con mantener la confidencialidad pero soy consciente de que existen algunas excepciones legales o límites a la confidencialidad.

**6. REGLAS DEL PROGRAMA**

\_\_\_ Entiendo que se espera que cumpla con las reglas del programa. Como parte de nuestro abuso de sustancias programa Entiendo que estoy sujeto a pruebas de detección de drogas al azar y estoy de acuerdo con esta regla del programa.

**7. DERECHOS INDIVIDUALES**

\_\_\_ Entiendo que se me otorgan derechos básicos y que si creo que mis derechos han sido violados, recurrir (consulte su manual para obtener una explicación detallada de mis derechos).

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

8. **TARIFA**

\_\_\_ Entiendo que soy responsable de los honorarios asociados con los servicios que recibo. El programa operó de New Progressions, LLC está disponible para usted sin discriminación basada en su capacidad de pago. Si usted es no puede pagar la tarifa determinada, se puede negociar con usted una escala móvil de tarifas o arreglos de pago

- **Doy fe de que no necesito tratamiento por abuso de sustancias en este momento.**

\_\_\_\_\_  
**Firma / Fecha individual**

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

**Departamento de Salud del Comportamiento de Georgia y**

**Discapacidades del desarrollo**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona / individuo / paciente / solicitante

\_\_\_\_\_  
Número de seguro social Y / O fecha de nacimiento

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo: \_\_\_\_\_ New Progressions LLC \_\_\_\_\_ (Nombre de la persona o agencia a la que se debe proporcionar la información: agencia solicitante) \_5526 Old National Hwy. Ste B, Atlanta, GA 30349404-565-2249 (O) 678-732-0173 (F) \_\_\_\_\_ Dirección) (Teléfono / Fax)

para obtener de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona o agencia a quien se le debe dar la información - agencia de divulgación)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Teléfono / Fax)

los siguientes tipos de información de mis registros (y cualquier parte específica de los mismos):

\_\_\_ Autorizo la divulgación de información sobre abuso de alcohol o drogas, si corresponde (consulte el párrafo 2 a continuación).

\_\_\_ Autorizo la divulgación de información, si la hubiera, relacionada con las pruebas del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y / o tratamiento para el VIH o SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y cualquier condición relacionada. a fin de:

1. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no está protegido por las regulaciones federales de privacidad u otras leyes estatales o federales aplicables (excepto como se establece en el párrafo 2 a continuación).

2. Entiendo que, de conformidad con 42 C.F.R Parte 2, los registros de abuso de alcohol y drogas que autorizo que se divulguen de conformidad con este documento no se puede volver a divulgar sin mi consentimiento por escrito, excepto mediante una orden judicial que cumpla con las condiciones previas establecidas en 42 C.F.R. 2.61 et seq., O las otras circunstancias limitadas específicamente permitido por 42 C.F.R. Parte 2. Cualquier individuo que haga

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

tal divulgación en violación de estas disposiciones pueden informarse al Fiscal de los Estados Unidos y estar sujetas a sanciones penales.

3. Entiendo que el Departamento o mi proveedor de atención médica no condicionarán mi tratamiento, pago o elegibilidad para cualquier beneficio aplicable sobre si proporciono autorización para la divulgación de información solicitada.

4. Tengo la intención de que este documento sea una autorización válida que cumpla con todos los requisitos de la Regla de privacidad y el estado ley, y entiendo que mi autorización permanecerá en vigor para: (POR FAVOR MARQUE UNA)

\_\_\_ un (1) año.

\_\_\_ el período necesario para completar todas las transacciones sobre asuntos relacionados con los servicios que se me brindan.

*Entiendo que a menos que esté limitado de otra manera por las regulaciones estatales o federales, y excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en ello, puedo revocar esta autorización en cualquier momento como se muestra en el espacio a continuación.*

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del individuo / individuo / paciente / solicitante

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de (marque uno):

Padre  tutor  Custodio del menor designado por el tribunal

Agente designado por Advance Direct del individuo

**UTILICE ESTE ESPACIO SÓLO SI SE RETIRA LA AUTORIZACIÓN**

*Por la presente revoco esta autorización y enviaré una notificación por escrito de mi retiro de esta autorización al personal del proveedor de atención médica que está brindándome servicios, O al Oficial de Privacidad del Departamento en 2 Peachtree St. NW, Suite 22.240 Atlanta, GA 30303-3142. Fax: 404-657-2173*

\_\_\_\_\_  
Fecha en que esta autorización es revocada por la Individual

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona o Representante legalmente autorizado

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

**Nombre de la consejera/clinica**

--

**Nombre de padres (s)/ guardia**

--

**Personal responsable de la coordinacion**

--

---

**Firma del cliente**

**Fecha**

---

**Firma de los padres**

**Fecha**

---

**Firma del asistente social**

**Fecha**

---

**Firma del médico autorizado**

**Fecha**

---

**Firma del psiquiatra**

**Fecha**

---

**Firma del NP psiquiátrico**

**Fecha**

<b>Nombre del consumidor:</b>	<b>FDN:</b>	<b>Nº de identificación del consumidor:</b>	<b>FDS:</b>