**CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**CINS/FINS**

CDS Family & Behavioral Health Services, Inc.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , por la presente

 (Por favor escriba el nombre completo del participante) (Fecha de nacimiento)

doy consentimiento para la comunicación entre CDS Family & Behavioral Health Services, Inc.  **y**                                                                                                                                                                               .

(Nombre de la agencia o persona con quien se intercambiara la información)

El propósito y la necesidad del intercambio es para informar a las agencias o individuo mencionados de mi asistencia, cooperación y progreso en el programa de intervención o tratamiento, así como cualquier información que se especifica a continuación:

  Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en dependencia de esta, y en cualquier momento este consentimiento caduca automáticamente de la siguiente manera:

(Especificar la fecha, evento o condición sobre la cual expira este consentimiento)

Entiendo que mis historiales clínicos están protegidos bajo los reglamentos estatales y federales que rigen sobre la confidencialidad y no se pueden divulgar sin mi consentimiento hecho por escrito a menos que se disponga en el reglamento. Entiendo que los destinatarios de esta información pueden revelarla a otras personas o entidades únicamente por motivos en conexión a sus deberes oficiales.

Entiendo que generalmente CDS Family & Behavioral Health Services, Inc. no puede condicionar los servicios que se me han ofrecido por hecho de no firmar un formulario de consentimiento, sin embargo en ciertas circunstancias limitadas puedo ser negado servicios por no haber firmado dicho formulario de consentimiento.

Firma del participante Fecha

Si es necesario, firma de: *(por favor indique uno)* Fecha

* **Original**
* CONSENT FOR THE EXCHANGE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

🞏 Padre o Madre

🞏 Tutor(ora)

🞏 Representante autorizado