

Your consent is needed to share your treatment information including:

1. Behavioral Health Services
2. Substance Use Services
3. Communicable diseases such as sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus (HIV Infection, Acquired Immune Deficiency Syndrome or AIDS Related Complex).

This information will be shared with DuPage County Health Department treatment team members to help coordinate your care and treatment between the behavioral health and substance use services you are receiving at the Health Department. You can consent to share all this information, some of this information, or none of this information.

By signing this form, I understand:

1. My information may be shared among the treatment team to provide coordinated care.
2. My consent is voluntary and will not affect my ability to obtain treatment.
3. The sharing of information will follow state and federal laws and regulations.
4. I can withdraw my consent at any time; however, any information shared with or in reliance upon my consent cannot be taken back.

My consent will expire one year from my dated signature unless otherwise specified.

Se necesita su consentimiento para compartir la información de su tratamiento, que incluye:

4. Servicios de Salud Mental
5. Servicios de Abuso de Sustancias
6. Enfermedades transmisibles, como las enfermedades de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana (infección por VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA).

Esta información se compartirá con los miembros del equipo de tratamiento del Departamento de Salud del Condado de DuPage para ayudarle a coordinar su atención y tratamiento entre los servicios de salud del comportamiento y de abuso de sustancias que recibe en el Departamento de Salud. Puede dar su consentimiento para compartir toda esta información, parte de esta información o ninguna de esta información.

Al firmar este formulario, entiendo que:

5. Mi información puede ser compartida entre el equipo de tratamiento para brindar atención coordinada.
6. Mi consentimiento es voluntario y no afectará mi capacidad para obtener tratamiento.
7. El intercambio de información cumplirá con las leyes y regulaciones estatales y federales.
8. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento; sin embargo, cualquier información compartida con mi consentimiento no puede ser retirada.

Mi consentimiento caducará un año después de mi firma con fecha a menos que se especifique lo contrario.