

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL



NIVEL: _____ MRN: _____

Nombre del cliente: _____ DOB: _____
(MM/DD/YYYY)

Liberar para/De: Las siguientes organizaciones/proveedores están autorizados a divulgar, intercambiar y compartir información de salud mental oral y escrita entre sí, con respecto al Cliente mencionado anteriormente:

Liberar para/De: Empresa/Organización/Persona y relación: _____

Dirección: _____
(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
Teléfono: _____ **Fax:** _____

Correo electrónico: _____

Propósito(s) o necesidad para la cual se usará y divulgará la información: (Marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Planificación del Servicio | <input type="checkbox"/> Coordinación/Continuidad de la Atención |
| <input type="checkbox"/> Coordinación/adquisición de beneficios | <input type="checkbox"/> Fines Legales | <input type="checkbox"/> Pago de Reclamaciones de Seguros |
| <input type="checkbox"/> Determinación de Discapacidad | <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |

Información que se divulgará, intercambiará y compartirá: (marque junto a los documentos que se divulgarán/liberarán e intercambiarán)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/Admisión | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas/psicológicas | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento/servicio |
| <input type="checkbox"/> Información y registros legales | <input type="checkbox"/> Historial de medicamentos | <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso/resumen | <input type="checkbox"/> Informes Mensuales | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |

Por favor, escriba sus iniciales en las siguientes declaraciones:

_____ *Initial* ENTIENDO y DIVULGO VOLUNTARIAMENTE que la información solicitada puede incluir información de evaluación, diagnóstico o tratamiento con respecto a las siguientes condiciones: abuso de alcohol o drogas y/o VIH/SIDA. Entiendo que esta información puede incluir, cuando corresponda, información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (infección por VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA) y cualquier otra enfermedad transmisible. También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y referencias o tratamiento por abuso de alcohol y drogas (según lo permitido por 42 CFR Parte 2).

_____ *Initial* ENTIENDO que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Centro, excepto en la medida en que el Centro ya haya tomado medidas sobre esta solicitud. Esta Autorización vencerá el _____ (fecha) o, si se deja en blanco, DOS AÑOS a partir de la fecha de mi firma (lo que ocurra primero). Libero al Centro de toda responsabilidad por divulgar la información solicitada.

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad/Reglamentos de Privacidad de HIPAA. Esto prohíbe hacer más divulgaciones de esta información, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida con el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2 o 45 CFR Parte 164. Una autorización general de divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas.

AUTORIZACIÓN: Entiendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario. Esta autorización puede ser utilizada y re-utilizada para obtener información aprendida y registros preparados después de la fecha en que se firmó este comunicado, siempre y cuando esta autorización siga siendo válida. Entiendo que cuando la información se divulga, conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y es posible que ya no esté protegida por las Normas Federales de Confidencialidad, como HIPAA. Se puede utilizar una copia o un duplicado de esta autorización con la misma eficacia que el original.

Cliente O PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR CONSUMIDOR

Fecha

Escriba el nombre si no es el cliente e indique cómo está autorizado para firmar

FIRMA DEL TESTIGO y nombre impreso

Fecha

_____ **Doy fe de que tengo la tutela legal del cliente anterior y/o tengo autoridad para tomar decisiones médicas en su nombre.**
Iniciales

La información contenida en este documento es de propiedad exclusiva y no puede ser reproducida o convertida en su totalidad o en parte, ni ninguna de la información contenida en el mismo puede ser divulgada sin el consentimiento previo.

Community Reach Center ("la Compañía") o cualquiera de sus directores, empleados o asesores en relación con la exactitud o integridad de este documento o cualquier otra información escrita u oral disponible en relación con la Compañía.

Queda estrictamente prohibida cualquier forma de reproducción, difusión, copia, divulgación, modificación, distribución o publicación de este material.