

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL



CREDIBLE: _____ MRN: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____
(DD/MM/AAAA)

Divulgación para/de: por medio de la presente, las siguientes organizaciones/proveedores están autorizados para divulgar, intercambiar y compartir información de salud mental de forma oral y escrita entre sí, con respecto al Cliente mencionado anteriormente:

Divulgación para/de:
Empresa/organización/persona y relación: _____

Dirección:

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

Correo electrónico. Dirección:

Propósito(s) o necesidad para la cual se utilizará y divulgará la información: (Por favor marque TODO lo que corresponda)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Planificación de servicios | <input type="checkbox"/> Coordinación/Continuidad de |
| <input type="checkbox"/> Coordinación/Adquisición de Beneficios | <input type="checkbox"/> Fines Legales | <input type="checkbox"/> Pago de reclamaciones al seguro |
| <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad atención | <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |

Información a divulgar, intercambiar y compartir: (Haga una marca junto a los documentos que se publicarán e intercambiarán)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/Ingreso | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátricas/Psicológicas | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento/servicio |
| <input type="checkbox"/> Registros e información legal | <input type="checkbox"/> Historial de medicación | <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta |
| <input type="checkbox"/> Notas/resumen de progreso | <input type="checkbox"/> Informes mensuales | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |

Escriba sus iniciales en las siguientes afirmaciones:

_____ *Iniciales* ENTIENDO y DIVULGO VOLUNTARIAMENTE la información solicitada, que 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, en su caso, información relativa a enfermedades de transmisión sexual, inclusive 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 los servicios de salud mental o conductual, y las derivaciones y/o el tratamiento por el abuso de drogas y alcohol (según lo permite la Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos [CFR]).

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

AVISO PARA EL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Esta información se le ha revelado a usted a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad/normas HIPAA sobre la privacidad. Esto le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de esta información salvo que expresamente se permitan las divulgaciones adicionales por consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o cuando la Parte 2 del Título 42 o la Parte 164, Título 45 del CFR lo permitan. Para este fin, no basta con una autorización general de la divulgación de información médica o de otra índole. Las normas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente involucrado en el abuso de drogas o alcohol.

AUTORIZACIÓN: ENTIENDO que la autorización para divulgar esta información es voluntaria. La presente Autorización puede utilizarse y reutilizarse para obtener información adquirida e informes elaborados después de la fecha en que se firmó esta divulgación, siempre que esta Autorización permanezca válida. Entiendo que cuando se divulga información, esto conlleva la posibilidad de que se vuelva a divulgar sin autorización, y puede dejar de contar con la protección de las normas federales de confidencialidad tales como HIPAA. Se puede utilizar una copia o facsímil de esta Autorización y tendrá el mismo efecto que el original.

Cliente o PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL CLIENTE

FECHA

Nombre en letra de imprenta de no tratarse del Cliente, e indicar cómo se le autorizó a firmar

FIRMA DEL TESTIGO y nombre en letra de imprenta

FECHA

_____ *Iniciales* Certifico que tengo la custodia legal del Cliente mencionado y/o que estoy facultado para tomar decisiones médicas en su nombre.

La información que contiene este documento es de propiedad exclusiva. Se prohíbe su reproducción o conversión, ya sea de forma parcial o total. Asimismo, dicha información no puede divulgarse sin el previo consentimiento.

Community Reach Center ("La Empresa") y sus directores, empleados y asesores no realizan declaraciones ni ofrecen garantías, expresas o implícitas, en el presente ni en el futuro, ni aceptan o aceptarán responsabilidad alguna en relación con la exactitud o integridad de este documento o de otros documentos escritos o información verbal que se comunique con relación a la Empresa.

Se prohíbe estrictamente toda forma de reproducción, difusión, copia, divulgación, modificación, distribución y/o publicación de este material.