

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA



N.º de historia clínica (Medical Record Number, MRN) de Nextgen: _____

Nombre del consumidor: _____

Fecha de nacimiento: _____

(MM/DD/AAAA)

Divulgación desde / hacia: por la presente, se autoriza a Community Reach Center a divulgar, intercambiar y compartir información oral y escrita acerca de tratamientos de salud, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias con las entidades mencionadas.

Divulgado hacia / desde:

Compañía / organización / persona / grupo de personas: _____

Dirección:

(_____) _____ - _____

Teléfono:

(_____) _____ - _____

Fax:

Correo electrónico:

Motivo(s) o necesidad para los que se utilizará y divulgará la información: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uso personal o según se solicite. | <input type="checkbox"/> Evaluación. | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Coordinación o adquisición de beneficios. | <input type="checkbox"/> Coordinación o continuidad de la atención. | |
| <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad. | <input type="checkbox"/> Pago de reclamos del seguro. | |
| <input type="checkbox"/> Planificación de servicios. | <input type="checkbox"/> Tratamiento, pago y operaciones. | |

Información que se divulgará, intercambiará y compartirá: (marque junto al documento que se divulgará e intercambiará):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones o ingreso. | <input type="checkbox"/> Antecedentes de medicamentos. | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Expedientes legales e información. | <input type="checkbox"/> Informes mensuales. | |
| <input type="checkbox"/> Notas o resumen del progreso. | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento o servicio. | |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas o psicológicas. | <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta. | |

RECONOCIMIENTOS:

COMPRENDO y DIVULGO VOLUNTARIAMENTE la información solicitada que puede incluir información de evaluación, diagnóstico o tratamiento con respecto a las siguientes afecciones: **abuso de alcohol o drogas, o VIH/sida**. Comprendo que esta información puede incluir, cuando corresponda, información relacionada con enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (infección por VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el sida) y cualquier otra enfermedad contagiosa. Además, puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductuales, así como derivaciones o tratamientos por abuso de alcohol y drogas (de conformidad con lo permitido por la Parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]). Comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de las entidades a las que se han divulgado mis expedientes en virtud de esta autorización, de conformidad con la ley federal.

COMPRENDO que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el aviso por escrito al Centro, excepto en la medida en la que el Centro ya haya actuado con fundamento en la presente solicitud. Esta autorización caducará el:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escriba la fecha específica: | <input type="checkbox"/> Otro evento (especifique): | <input type="checkbox"/> Al recibir el alta de CRC |
|---|---|--|

AVISO PARA EL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Esta información se le ha divulgado a partir de expedientes protegidos por las normas federales de confidencialidad y las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). No se puede volver a utilizar o divulgar estos expedientes, excepto según lo autorice la ley federal o según lo permita la Parte 2 del título 42 del CFR o la Parte 164 del título 45 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Se prohíbe una nueva divulgación no autorizada de esta información. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol y drogas y prohíben la discriminación contra las personas en función de la información divulgada en virtud de la Parte 2 del título 42 del CFR.

AUTORIZACIÓN: comprendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario y que, si me niego a firmar, no afectará mi capacidad para recibir tratamiento. Es posible que la negativa afecte la capacidad del Centro para coordinar su atención con otras entidades. Comprendo que cuando se divulga información, conlleva la posibilidad de que divulgue nuevamente sin autorización y que es posible que ya no esté protegida por las normas federales de confidencialidad, como la HIPAA. Es posible que se utilice una copia o un facsímil de esta autorización con la misma vigencia que el original. He recibido o me han ofrecido una copia de esta divulgación.

Consumidor O PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR EN NOMBRE DEL CONSUMIDOR

Fecha

Nombre en letra de imprenta (si no es el consumidor) y declare la manera en la que está autorizado para firmar

La información en este documento es de propiedad exclusiva y no se puede reproducir o convertir, en su totalidad o en parte, ni se puede divulgar ninguna información contenida en este sin consentimiento previo. Community Reach Center ("la Compañía") o cualquiera de sus directores, empleados o asesores no ofrece ni ofrecerá ninguna declaración, garantía o compromiso, expreso o implícito, y no acepta ni aceptará ninguna responsabilidad en relación con la exactitud o integridad de este documento o de cualquier otra información escrita u oral facilitada en relación con la Compañía. Cualquier forma de reproducción, difusión, copia, divulgación, modificación, distribución o publicación de este material está estrictamente prohibida.