

Autorización para obtener or revelar información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ 4 últimas cifras No. S.S.: _____

Números de Tel.: _____

 Autorizo a _____ de Helen Ross McNaab Center
(Indique el Servicio de HRMC)a **Divulgar** **Recibir** información médica o de servicios sociales del individuo arriba mencionado a la **SEGUNDA PARTE** tal como se indica a continuación: Esta autorización sirve como para la divulgación recíproca sobre mis necesidades y los servicios que recibo.**Segunda Parte:**

Nombre/Agencia: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Cod. Post. _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Indicar el periodo de tiempo en que la información se ha de divulgar: Periodo de Tiempo de _____ a _____**Si la información a usar/divulgar contiene cualquiera de los tipos de expedientes o información indicada en cursiva aquí abajo, podrían aplicar leyes adicionales al uso y divulgación de esa información. Al escribir mis *iniciales* en el espacio correspondiente al lado del tipo de información, yo entiendo y estoy de acuerdo en que esta información se use o divulgue:**Tipo de información: Inf. de diagnóstico, tratamiento o derivación de _____ *VIH/SIDA* _____ *Genética* _____ *Alcohol/Drogas*
[en reglamentos federales (42 CFR Parte 2) se exige que se describa la cantidad y tipo de información que se divulgará].Para indicar cuánto se puede divulgar sobre Alcohol/Drogas (AyD), por favor, marque una de las casillas: **Toda** o **Limitada**: Toda la información de AyD o Información Limitada de A&D (si escogió esta, especifique abajo lo que aplique.)

Marque la(s) casilla(s) de la información a divulgar para Servicios Sociales, Salud Médica y/o Mental:

 Diagnóstico Informe(s) del progreso Evaluación inicial Medicamentos recetados
 Plan de Tratamiento Parte del alta Evaluaciones Análisis de laboratorio
 Otros _____

(en qué forma específica o significativa)

El propósito del uso o divulgación es: a solicitud del individuo; coordinación del cuidado; derivación/remisión;
 Otro, (especifique) _____

(la razón descrita o específica)

A menos que yo lo especifique de otra forma, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición específico; la expiración automática ocurrirá en 60 días 90 días 180 días, evento o condición _____De no especificar una fecha o evento de expiración, esta autorización expirará a los ciento ochenta días a partir de la fecha en que fue firmada o al finalizar el tratamiento, el que tenga lugar primero. *La información médica puede tener relación con mi salud o enfermedad física o mental del pasado, presente o futuro, a la provisión de atención médica, o al pago por servicios de mis cuidados médicos.*

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación al Encargado de la Oficina de Privacidad de HRMC o a quien se designe. Entiendo que mi revocación no aplicará a la información que haya sido divulgada o usada en respuesta a esta autorización. Entiendo que mi revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley concede a mi aseguradora bajo los términos mi póliza el derecho a impugnar una reclamación.

Entiendo que el autorizar el uso de esta divulgación para la información arriba identificada es voluntario y que no es necesaria mi firma en este formulario para asegurarme el tratamiento médico. Entiendo que Helen Ross McNabb Center no pondrá como condición la firma de esta autorización para el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios.

Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización podría dejar de estar protegida por las leyes federales y podría ser redivulgada por la parte receptora. Sin embargo, entiendo también que las leyes federales o estatales pueden restringir la redivulgación de información en caso de VIH/SIDA, información de pruebas genéticas y el diagnóstico de Alcohol y Drogas, historial, tratamiento, derivación o rehabilitación de abuso de sustancias [reglas federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2)]. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para la investigación penal o enjuiciamiento de cualquier paciente que abuse el alcohol o drogas, por lo tanto, prohíbo a la parte receptora que redivulgue la información sin mi consentimiento.

Prohibida la redivulgación. Las reglas federales le prohíben que vuelva a divulgar esta información a menos que se haya permitido específicamente por el consentimiento escrito de la persona a la cual concierne o lo permita de otra forma la regla 42 CFR Parte 2.

Las copias electrónicas de esta Autorización o cualquier enmienda que aquí se incluya aquí serán vinculantes para ambas partes, y las reproducciones electrónicas de las firmas que aparecen en la presente o en toda reproducción serán consideradas como firmas originales.

He leído, o alguien me ha leído, la declaración que antecede y entiendo que la misma es aplicable a mi persona. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización firmada.

X _____

Firma del paciente * tutor legal o *representante legal

Fecha

(Los pacientes menores de 16 años o mayores que reciban tratamiento de salud mental deben firmar. Este requisito de firmar no se aplica a pacientes que están recibiendo cualquier tratamiento por abuso de sustancias).

Escriba el Nombre y relación con el paciente

Firma del testigo

* Por favor proporcione documentos legales para demostrar que tiene autoridad para firmar por el paciente *

11/9/16