

Consumer ID #

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medical Record #

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Paciente: |  |  | Fecha de Nacimiento: |  |

Por este medio, las siguientes organizaciones o proveedores están autorizadas para dar a conocer, intercambiar y compartir entre sí la información oral y escrita de salud mental relacionada con el paciente mencionado arriba: **Community Reach Center y**

Información que se dará a conocer, intercambiar y compartir: (**Ponga sus iniciales junto a los documentos que se darán a conocer**)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Evaluaciones/ingreso de salud mental |  |  | Anotaciones e información legal |
|  | Historial de salud mental |  |  | Historial de medicamentos de salud mental |
|  | Notas/síntesis del progreso de salud mental |  |  | Evaluaciones psiquiátricas/psicológicas |
|  | Planes de servicio de salud mental |  |  | Síntesis de cuando se le dio de baja |
|  | Información de abuso de consumo de drogas o alcohol |  |  | Laboratorios |
|  | Otros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Reportes de Toxicología/Análisis de orina |

**Ponga sus iniciales al final de las siguientes declaraciones:**

\_\_\_\_\_\_ ENTIENDO que la información solicitada puede incluir evaluación, diagnóstico o información de tratamiento relacionadas con los siguientes trastornos: enfermedad mental, abuso de alcohol o drogas y VIH/SIDA. Entiendo que esta información puede incluir, si corresponde, la relacionada con enfermedades de transmisión sexual, incluso el virus de inmunodeficiencia humana (Infección de VIH, inmunodeficiencia humana adquirida, o complejo relacionado con SIDA) y cualquier enfermedad transmisible. También puede incluir información de servicios del comportamiento o de salud mental y la canalización y/o tratamiento por el abuso del alcohol o de las drogas (en lo permitido por Co Cite y 42 del CFR Parte 2.)

\_\_\_\_\_\_ ENTIENDO que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al dar aviso escrito al Centro, excepto en la medida en que el Centro ya haya procedido en esta solicitud. Esta autorización terminará el\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha), o, si se deja en blanco, **DOS AÑOS** después de la fecha de mi firma (lo que ocurra primero). Libero al Centro de toda responsabilidad por dar a conocer la información solicitada.

ENTIENDO que el tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir beneficios, no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.

**AVISO A QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN**

*Se les ha dado a conocer a ustedes esta información de los registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad/ Reglamentación de la privacidad HIPPAA. Esta les prohíbe a ustedes hacer mayor divulgación, a menos de que expresamente se permita, en un consentimiento escrito de la persona a quien le corresponda, o que lo permita de otra manera como el 42 CFR, Parte2, o el 45 CFR, Parte 164. Para este propósito, NO es suficiente una autorización general para dar a conocer información médica u otra información. Las leyes federales restringen el uso de la información para investigar judicialmente o ejercer acción legal al paciente con motivo de abuso del alcohol o de las drogas.*

Propósito o necesidad para la que debe usarse y darse a conocer la información: **(Ponga sus iniciales en lo que corresponda)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Evaluación |  |  | Planificación del servicio |
|  | Coordinación o adquisición de beneficios |  |  | Coordinación o continuación de la atención |
|  | Determinación de la discapacidad |  |  | Propósitos legales |
|  | Tratamiento para el abuso del alcohol o drogas |  |  | Remisión |
|  | Otro (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

AUTORIZACIÓN: Entiendo que es voluntario autorizar la divulgación de esta información. Esta autorización se puede usar y volver a usar para obtener información de la que nos hemos enterado y se preparen los registros después de la fecha en que fue firmada siempre que esta autorización continúe válida. Entiendo que, cuando se dé a conocer la información, esto lleva consigo la posibilidad de volver a darla a conocer sin autorización y ya no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad, como la HIPAA. Se puede usar una copia o una reproducción de esta autorización con la misma validez que el original.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| PADRE/MADRE O PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL PACIENTE |  | FECHA |
|  |  |  |
| Escriba su nombre, si no es el paciente, y diga cómo está autorizado para firmar |  |  |
|  |  |  |
| FIRMA DE UN TESTIGO y nombre en letra de imprenta |  | FECHA |