# Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

Mediante mi firma al calce en este formulario, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a una o más personas para los propósitos que se especifican en este formulario. Si acepto, entiendo que esto puede incluir información sobre cualquier tratamiento para trastorno por consumo de sustancias que yo haya recibido.

### Divulgar A /Obtener De

Nombre u Otra Identificación Específica de la(s) Persona(s) autorizadas a recibir/hacer el uso o la divulgación solicitados:

Tipo de Contacto: ⭘ Organización/Proveedor ⭘ Contacto Personal

Organización:

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono: Número de Fax:

### Propósito de la Divulgación

🞎 Procesamiento de reclamos de seguros/terceros

🞎 Tratamiento/Coordinación de Atención

🞎 Mejora de Calidad 🞎 Otro:

### Caducidad

Si no se marca nada, la autorización caducará un (1) año desde la fecha de la firma. Si desea especificar una fecha de caducidad diferente, hágalo seleccionando una de las opciones alternativas a continuación o utilizando el recuadro de “fecha de finalización” más abajo.

🞎 divulgación 1 vez 🞎 6 meses 🞎 Fin del Tratamiento de la Agencia

Fecha de Inicio: Fecha de Finalización:

# Información que ha de Divulgarse

La información que puede divulgarse conforme a esta autorización consiste en la siguiente, si está disponible:

Tipo de Divulgación de Información:

🞎 General 🞎 Salud Mental 🞎 Trastornos por Consumo de sustancias

🞎 Todos los registros

🞎 Información sobre Ingreso/Admisión

🞎 Medicamentos Recetados

🞎 Evaluación(es) de Detección

🞎 Notas de Progresos

🞎 Reconocimiento de Tratamiento

🞎 Informes de Evaluación(es) Psicológicas

🞎 Resumen/Plan de Alta

🞎 Registros/Informes Escolares/Planes de Educación Individualizada

🞎 Información de Facturación y/o Seguro

🞎 Historial Médico, Resultados de Laboratorio, Registros de Inmunizaciones

🞎 Revisión/Resumen de Progresos

🞎 Plan(es) de Tratamiento)

Otros:

Fecha de Inicio de Registros: Fecha de Finalización de Registros:

### Restricciones

# Condiciones

**Entiendo lo siguiente:**

* Conforme a las disposiciones estatales y federales sobre confidencialidad, solo puede divulgarse la información especificada.
* Es posible que el/los receptor(es) de mi información la divulguen a otros. Entiendo que en algunos casos es posible que mi información ya no esté sujeta a leyes de privacidad una vez se ha divulgado.
* Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero la revocación no se aplicará a información que ya se haya divulgado anteriormente.
* Si no se indica de otro modo, esta autorización caducará en un (1) año desde la fecha de su firma.
* Esta autorización es voluntaria, y negarse a firmar esta autorización no afectará a mi capacidad de recibir atención médica, seguro de salud ni ningún beneficio gubernamental. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas sobre este documento.
* Tengo derecho a una copia de este formulario.

**Firma en nombre de un niño.** Entiendo que, si estoy firmando este formulario en nombre de un menor, debo incluir mi nombre como “Representante Legal” de mi hijo, y que debo firmar este formulario. Si mi hijo tiene 12 años o más, debe firmar también mi hijo.

**Mediante mi firma, autorizo la divulgación según se describe más arriba.**

### Información de Contacto de la Agencia

Programa:

A la atención de:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Teléfono:

# Otros

Entregada Copia al Cliente: ⭘ Sí ⭘ Rechazó una copia

Personal de la Agencia:

Identificación comprobada mediante:

🞎 Licencia de Manejo 🞎 Otra ID con Fotografía 🞎 Conocido por la Agencia

### Información sobre VIH/SIDA y Tratamiento para Abuso de Sustancias

No se divulgará información sobre VIH/SIDA y tratamiento para Abuso de Sustancias sin su permiso específico. ¿Autoriza usted estas divulgaciones de información a la persona / organización que figura más arriba?

**Abuso de Alcohol/Drogas:**

⭘ Autorizo la divulgación de información relacionada con remisión y/o tratamiento para abuso de alcohol y drogas.

⭘ **PROHÍBO** la divulgación de información relacionada con remisión y/o tratamiento para abuso de alcohol y drogas.

**VIH/SIDA/Enfermedad de Transmisión Sexual/Enfermedad Contagiosa:**

⭘ Autorizo la divulgación de información relacionada con VIH / SIDA / enfermedad de transmisión sexual / enfermedad contagiosa.

⭘ **PROHÍBO** la divulgación de información relacionada con VIH / SIDA / enfermedad de transmisión sexual / enfermedad contagiosa.

### Firmas

Cliente: Fecha:

Padre/Madre/Tutor: Fecha:

Representante de la Agencia: Fecha: