



AUTORIZACION PARA DIVULGAR - Salud Mental

Nombre del Cliente: _____ Cliente #: _____ Fecha de Nac: _____

Yo autorizo a Compass Health Network a: Divulgar A _____ Ultimos Cuatro Dígitos de SSN _____

Nombre: _____

Dirección: _____

La siguiente información relacionada con tratamiento recibido de: _____ a: _____

Información a ser Divulgada:

- Resumen del Alta
- Información de Admisión
- Plan de Tratamiento
- Notas de Progreso
- Pruebas Psicológicas
- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluaciones Psicológicas Evaluación
- Archivos Escolares
- Familiar
- Archivos de Medicamentos
- Comunicación Verbal/Escrita con: _____ Otra: _____

Yo entiendo que los archivos de mi tratamiento de drogas/alcohol están protegidos bajo Regulaciones Federales que Gobiernan la Confidencialidad de los Archivos de dogadición del Paciente (42 C.F.R. Part 2) y la Ley de Tranferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 (45 C.F.R., Parte 160 y164) y no pueden ser divulgados sin el consentimiento escrito, a no ser que la legislación así lo estipule. Yo entiendo que al firmar esta autorización, estoy permitiendo la liberación de mi información de comportamiento de salud mental. Esta puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmuno deficiencia adquirido (SIDA), virus de inmuno deficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión, y/o abuso de drogas y/o alcohol.

Si usted desea que la información de Abuso de Drogas/Alcohol **NO** sea liberada, por favor firme y feche a continuación:

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted desea que la información de VIH **NO** sea liberada, por favor firme y feche a continuación:

Firma: _____ Fecha: _____

Propósito de Divulgación:

- Para mantener empleo mientras recibo tratamiento
- Para asistir mi tratamiento
- A pedido del cliente
- Para Asegurar la coordinación de tratamiento
- Cuidado Posterior
- Otro (especifique): _____

Esta autorización se hace efectiva en : _____ y expirará automáticamente un año después de la fecha de solicitud o antes, según se ha designado. Por favor especifique: _____

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Esto debo hacerlo en forma escrita y presentar mi rechazo en la oficina en que me atiendo. Además entiendo que acciones tomadas basadas en esta autorización, previa a la revocacion no se verán afectadas.

Yo entiendo que tengo el derecho a una copia de esta autorización.

Yo entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud protegida es, en la mayoría de los casos, voluntaria y puedo declinar firmar esta autorización. Estaré declinando tratamiento si me rehuso a firmar, y mi cuidado es obligatorio según el Sistema Juvenil de Justicia o de Correcciones. Yo entiendo que puedo pedir revisar u obtener una copia de mi ficha. Yo entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo un potencial de redivulgación no autorizado y que tal información podría no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad. Si yo tengo dudas con respecto a la potencial divulgación de mi información de salud protegida, puedo contactar al Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

PROHIBICION DE RE-DIVULGACION DE FICHAS DE INFORMACION DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL : (1) Esta ficha, la cual se le ha dado a conocer, está protegida por leyes federales de confidencialidad (42 CFR part 2). Las leyes federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de estos registros, a no ser que se le haya otorgado una autorización por medio de un consentimiento por escrito de parte del individuo a quien esta información pertenece o, es de otra, forma permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica NO es suficiente para este propósito (vea § 2.31). Las leyes federales restringen el uso de esta información para investigar o enjuiciar a cualquier paciente con desorden de uso de sustancias en relación a un crimen, excepto como se indica en §§ 2.12(c)(5) y 2.65; or(2) 42 CFR parte 2 prohíbe el uso desautorizado de estos archivos.

Mi firma a continuación reconoce que, he leído, entendido y autorizado la divulgación de mi información de salud protegida.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Guardián/Representante Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha