**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA - Salud mental**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del # Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliente #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo a Compass Health Network a:  Divulgar a  Recibir de

**¿Quién está autorizado a divulgar su PHI (INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA – por sus siglas en inglés) ?:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Quién está autorizado a recibir su PHI?:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de divulgación de los servicios de la PHI:** *(debe marcar uno)*

Todas  Desde (fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta (fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información a divulgar**: *(marque todo lo que corresponda)*

Resumen del alta  Información de admisión  Plan de tratamiento

Notas de progreso  Pruebas psicológicas  Evaluaciones psiquiátricas

Evaluaciones psicológicas  Archivos escolares  Evaluación familiar

Archivos de medicamentos  Comunicación verbal/escrita con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propósito de la solicitud:** *(debe marcar uno)*

Para ayudar a mantener la seguridad laboral mientras está en tratamiento  Para ayudar en mi tratamiento

A petición del paciente  Para asegurar la coordinación del tratamiento

Cuidado posterior  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 los archivos de mi tratamiento de drogas / alcohol están protegidos bajo regulaciones federales que gobiernan la Confidencialidad y Archivos de Abuso de Drogas de los Pacientes (42 C.F.R. Parte 2) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 (45 C.F.R., Partes 160 y 164) y no puede divulgarse sin consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el reglamento.

Entiendo que, al firmar esta autorización, estoy permitiendo la divulgación de mi información de comportamiento de salud mental. Esto puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), otras enfermedades transmisibles y / o abuso de alcohol / drogas.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito en la oficina donde estoy siendo atendido. Además, entiendo que las acciones ya tomadas en base a esta autorización, antes de la revocación, no se verán afectadas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica protegida es voluntario en la mayoría de los casos. Puedo negarme a firmar esta autorización. Se me negará el tratamiento por mi negativa a firmar si mi cuidado es obligatorio según el Sistema de Justicia Juvenil o Correccionales. Entiendo que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de mi registro. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica protegida, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

PROHIBICIÓN DE RE-DIVULGACION DE LOS ARCHIVOS DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL Y/O DROGAS: (1) Este archivo que se le ha dado a conocer está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de este archivo a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este archivo o esté permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto lo dispuesto en §§ 2.12 (c) (5) y 2.65; o (2) 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

# Mi firma a continuación reconoce que he leído, entiendo y autorizo la divulgación de mi información médica protegida.

Firma del cliente Fecha

Firma del padre/ guardián/ representante legal Fecha

Firma del testigo Fecha