

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI) - Salud del Comportamiento**

Complete solamente si está autorizando comunicacion con el Proveedor de Cuidados Primarios Provider. Si no quiere, no complete.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ultimos 4 Dígitos del # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Cliente #: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Compass Health Network a:  Divulgar A  Recibir De

**Quien está Autorizado para Divulgar PHI:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Fecha de Servicio para la cual se Libera PHI:**

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

**Información a ser Divulgada: (marque todas las que aplican)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta            | <input type="checkbox"/> Información Inicial                    | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento        |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso          | <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas                   | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas  | <input type="checkbox"/> Archivos de Escuela                    | <input type="checkbox"/> Evaluación Familiar        |
| <input type="checkbox"/> Archivos de medicamentos   | <input type="checkbox"/> Comunicación Verbal/Escrita con: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorios | <input type="checkbox"/> Otros: _____                           |   |

Otros: \_\_\_\_\_

**Propósito de la Solicitud:** (debe marcar una)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Para ayudar a mantener empleo durante el tratamiento | <input type="checkbox"/> Para ayudar con mi tratamiento | <input type="checkbox"/> A pedido del paciente |
| <input type="checkbox"/> Para asegurar coordinación de tratamiento            | <input type="checkbox"/> Guardería                      | <input type="checkbox"/> Otros: _____          |

Esta autorización se hace efectiva el \_\_\_\_\_ y expirará automáticamente un año después de la fecha de solicitud o antes, si así ha sido indicado. Por favor especifique: \_\_\_\_\_.

Yo entiendo que mis archivos de tratamiento de drogas y/o alcohol están protegidos bajo las Regulaciones Federales que gobiernan la Confidencialidad de los Archivos de Pacientes por Abuso de Drogas (42 C.F.R. Part 2) y el Acta de Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) of 1996 (45 C.F.R., Parts 160 and 164) y no pueden ser divulgados sin un consentimiento escrito, a no ser de otra forma indicado por las regulaciones.

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

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita en la oficina en que estoy siendo atendido. También entiendo que acciones que ya hayan sido tomadas basadas en esta autorización, antes de la revocación so se verán afectadas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que la autorización para divulgar información de salud protegida es, en la mayoría de los casos, voluntaria. Yo puedo declinar firmar esta autorización. Se me negará tratamiento debido a mi declinación a firmar si es que mi cuidado es obligatorio según el Sistema Judicial Juvenil de Corrección. Yo entiendo que puedo pedir revisar u obtener una copia de mis archivos. Yo entiendo que la divulgación de cualquier información corre el riesgo de una re-divulgación no autorizada y que la información pudiera no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si es que tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud protegida, puedo contactar al Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

**PROHIBICION DE RE-DIVULGACION DE INFORMACION DE ARCHIVOS DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE ALOCHOL/DROGAS:** (1) Este archivo que le ha sido proporcionado está protegido por reglas federales de confidencialidad (42 CFR part 2). Las reglas federales le prohíben llevar a cabo cualquier otra divulgación de este archivo, a no ser que sea expresamente permitido por medio de un consentimiento escrito del individuo a quien le pertenece la información de archivos que a de ser divulgada en este documento, o que de otra manera es permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de informacion médica u otra, NO es suficiente para este propósito (see § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de información para investigar o procesar por cargos relacionados con un crimen a cualquier paciente con desoren de uso de sustancia, excepto según se indica en §§ 2.12(c)(5) y 2.65; or(2) 42 CFR parte 2 prohíbe udivulgación desautorizada de estos archivos.

Mi firma a continuación acepto haber leído, comprendido y autorizado la divulgación de mi información de salud protegida.

Client Signature

Date

Parent/Legal Guardian/Representative Signature

Date

Witness Signature

Date