

Autorización para la divulgación de información médica confidencial y protegida

Nombre legal (letra de molde)

Fecha de nacimiento

#ID WellPower

De acuerdo con las normas federales, 42 CFR parte 2 (Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos de consumo de sustancias) y 45 CFR parte 164 (Acta de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos de 1996), **Autorizo la divulgación de mi información personal como se indica a continuación.** Entiendo que la divulgación de información puede incluir cualquiera de los siguientes datos: salud conductual, sexualidad y salud reproductiva, VIH/SIDA, anemia de células falciformes, enfermedades transmisibles, consumo de drogas y alcohol y tratamiento por un trastorno de consumo de sustancias.

WellPower	De terceros
4141 E. Dickenson Place	Nombre: _____ (organización y/o individuo)
Denver, CO 80222	Relación: _____
_____ Teléfono	Domicilio: _____
_____ Fax	Ciudad/estado/código postal: _____
	Teléfono: _____ Fax: _____
	Adicional: _____

Comunicación verbal: ¿Usted autoriza la comunicación verbal (oral) bilateral entre WellPower y un tercero? Sí No

Registros impresos o electrónicos: ¿Autoriza que WellPower divulgue sus registros? Sí No

¿Autoriza que un tercero divulgue sus registros? Sí No

Tipo de información que ha autorizado divulgar:

- Toda la información que contiene mi expediente,
 Únicamente la información/los registros marcados a continuación (marque todos los que apliquen):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Lista de diagnósticos | <input type="checkbox"/> Información de empleo | <input type="checkbox"/> Registros de educación |
| <input type="checkbox"/> Evaluación(es) clínica(s) | <input type="checkbox"/> Resumen de la alta médica | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Resúmenes del avance |
| <input type="checkbox"/> Datos demográficos | <input type="checkbox"/> Historial/órdenes de medicamentos | <input type="checkbox"/> Plan individualizado de educación (IEP) | <input type="checkbox"/> Resúmenes de los médicos |
| <input type="checkbox"/> Documento de continuación del cuidado (CCD) | <input type="checkbox"/> Planes de servicio/tratamiento | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Información de libertad condicional o libertad vigilada | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (debe especificar): _____ | | | |

Duración: (marque sólo una opción)

- Todos los ingresos El ingreso más reciente A partir del día _____ hasta el día _____

Objetivo:

- Continuidad del cuidado Coordinación de los servicios Tratamiento A petición del individuo
 Otro (debe especificar): _____

Re-divulgación

Entiendo que la información divulgada en base a esta Autorización, con excepción de la información sobre un trastorno por consumo de sustancias, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejará de ser protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) (45 CFR parte 164). Los registros acerca de un trastorno por consumo de sustancias permanecerán protegidos por las normas federales después de su divulgación y no podrán ser divulgados o re-divulgados sin mi autorización por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las normas correspondientes (42 CFR parte 2).

Prohibición del condicionamiento de las autorizaciones

Entiendo que no es necesario que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios. WellPower no puede negarme el tratamiento si me niego a firmar esta autorización, a menos que esta autorización sea necesaria para mi participación en un estudio de investigación, o que el propósito del tratamiento sea ofrecerle información al individuo/entidad indicada en esta autorización.

Vencimiento y derecho de revocación (cancelación)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en el caso de que la información ya haya sido divulgada u obtenida por medio de ella. La revocación deberá presentarse por escrito. Si no se revoca, esta autorización vencerá a los dos (2) años a partir de la fecha en que la firme, a menos que especifique aquí una fecha anterior: _____.

Autorización

Mi firma a continuación significa que entiendo y acepto los términos de esta autorización. Una copia de esta autorización (incluyendo un fax) tiene la misma validez que el documento original. Tengo derecho a recibir una copia de la autorización firmada.

X

Firma del individuo o del representante personal

Fecha de la firma

Nombre del representante personal (si aplica)

Relación

AVISO A LOS BENEFICIARIOS

Esta información se le ha facilitado de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar la información de este registro que identifique a un paciente como alguien que padece o ha padecido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, en referencia a la información disponible públicamente o mediante la verificación de la identificación por otra persona, a menos que se autorice explícitamente la divulgación mediante el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por el 42 CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (véase § 2.31). Las normas federales limitan cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en los §§ 2.12(c)(5) y 2.65.