



Divulgación de la información

Autorización de uso y divulgación de información de salud protegida.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social: _____

Otros nombres utilizados: _____

Al firmar este formulario, autorizo a Clatsop Behavioral Healthcare (CBH) a intercambiar mi información de salud, de la siguiente manera:

El individuo o la agencia autorizada a intercambiar mi información de salud con Clatsop Behavioral Healthcare:

Información específica autorizada para su divulgación:

(Se requieren las iniciales en los espacios a continuación)

- _____ Evaluación
- _____ Plan de tratamiento
- _____ Notas de progreso
- _____ Medicamentos utilizados en el tratamiento
- _____ Informe del análisis de orina
- _____ Información de salud mental
- _____ Información sobre drogas y alcohol
- _____ Registros relacionados con el VIH/SIDA
- _____ Otros: _____

Motivo para la divulgación de esta información:
Coordinación del tratamiento

El presente consentimiento vencerá automáticamente como se indica a continuación (marque una opción):

- 1 año a partir de la fecha de la firma** **60 días después del cierre del caso**

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que la cancelación no afectará la información que se haya divulgado antes de la revocación. Comprendo que la información sobre mi caso es confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales, incluyendo la parte 2 del Título 42 y las partes 164 y 165 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales. Apruebo la divulgación únicamente de la información de salud protegida nombrada. Comprendo lo que significa este acuerdo. Firmo por voluntad propia y no he sido presionado para hacerlo. _____ (Iniciales)

EXPLICACIÓN

Su número de seguro social se proporciona de forma voluntaria y, en general, la negativa a proporcionarlo no se puede utilizar para denegar servicios. Sin embargo, es necesario para identificar algunos registros de seguro médico.

1. Se debe solicitar la **información mínima necesaria**; sea específico acerca de lo que se necesita. No solicite información que no necesita.
2. **Registros familiares.** Esta divulgación cubre información acerca de la persona que firma el formulario, los hijos menores de edad e información sobre la familia que esa persona proporcionó para el registro. No cubrirá la información que proporcione otro miembro adulto de la familia, a menos que también firme la divulgación.
3. **Niños.** Los menores de edad pueden dar su consentimiento para el tratamiento de salud mental, emocional o dependencia química a los 14 años de edad. Pueden firmar sus propios formularios de Autorización de divulgación de información de salud protegida (PHI) que se necesiten para dichos tratamientos.
4. El **original de este formulario** se conservará en el archivo. Se enviarán copias a otras agencias. La persona que realiza las fotocopias firmará cada copia en la parte inferior de la primera página para certificar que esa es una copia fiel. La agencia que reciba la autorización debería rechazarla si no figura la firma de la persona que hizo la copia.
5. **Nueva divulgación.** No se debe volver a divulgar la información que se recibe en virtud de esta autorización. Se aplicarán sanciones penales a la divulgación ilegal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2/HIPAA) prohíben la divulgación adicional de toda la información de salud protegida.
6. **Revocación.** Las regulaciones federales no nos permiten solicitar que la revocación se haga por escrito; se puede revocar verbalmente.
7. **Duración.** La autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma o 60 días después del cierre del caso, como se indica anteriormente.
8. **Tutela/custodia.** Si el firmante es el tutor, se debe adjuntar una copia de los documentos de tutela a esta autorización de divulgación. Del mismo modo, si una agencia tiene la custodia y firma su representante, se debe incluir la orden de custodia.
9. Este es un **formulario voluntario**. Sin embargo, la negación de la Autorización de Divulgación de PHI puede afectar de forma adversa la determinación de la elegibilidad y prohibir la coordinación de los servicios y el tratamiento.
10. **Afirmo** que se me explicó todo lo que para mí no estaba claro en este formulario y considero que ahora lo comprendo todo.

Firma del cliente o su representante personal

Fecha

Nombre del cliente o representante personal en letra de molde

Relación con el cliente