

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

The undersigned hereby authorizes the release of information from the health record of:

1. Nombre del Cliente: _____ Últimos 4 #s del SSN: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

2 INFORMACIÓN A SER DIVULGADA DE:

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

3 INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA DIVULGAR (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Historia Médica/Física |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Laboratorios | <input type="checkbox"/> Historia/Psicosocial |
| <input type="checkbox"/> Notas del Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Notas de Enfermería | <input type="checkbox"/> Notas de Terapia |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

4 DIVULGACIÓN DE REGISTROS ESPECIALES

USTED DEBE ☒ MARCAR UNA RESPUESTA A CADA UNA de las siguientes declaraciones en caso de que su expediente pueda contener dicha información:

- a. ☐ YO SI ☐ YO NO autorizo la divulgación de registros de tratamiento por abuso de alcohol o drogas.
- b. ☐ YO SI ☐ YO NO autorizo la divulgación de registros de diagnóstico de VIH o SIDA (incluyendo resultados de pruebas).

Los registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud, 45 CFR Partes 160 y 164. Estas reglas prohíben al destinatario realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que dicha divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que corresponda o según lo permita la ley.

5 PROPÓSITO DE USO O DIVULGACIÓN: ☐ Uso Personal ☐ Tratamiento ☐ Legal ☐ Otro _____

6 VENCIMIENTO: A menos que se indique a continuación otra fecha, evento o condición, esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha en que se firme.

Otra fecha, evento o condición:

7. *I Entiendo que RiverValley no puede condicionar el tratamiento o la elegibilidad para la atención a la entrega de esta autorización, excepto si dicha atención es (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada únicamente con el propósito de crear Información de Salud Protegida para divulgación a un tercero. Si el Cliente se niega a proporcionar la autorización bajo las circunstancias antes mencionadas, RiverValley puede negarse a brindar atención o tratamiento para estos propósitos.*

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto para Alcohol y Abuso de Drogas, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (45 CFR Parte 164) y la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a), y que el Cliente tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y mediante entrega a RiverValley, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción en dependencia de esta autorización, o, si corresponde, durante un período de impugnación de seguro. Puedo solicitar una copia de este formulario.

Client Signature _____

Fecha _____

Fecha

Signature of: ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Si es otro, especifique relació: _____

Firma del Testigo (requerido para la divulgación de expedientes hospitalarios)

Fecha