



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de caso del cliente: _____

Henrico Area Mental Health and Developmental Services por la presente está autorizado a:

Solicitar Divulgar Solicitar y divulgar

Nombre del proveedor del tratamiento/compañía de seguros/otra entidad:

Nombre de la persona:

Parentesco con el cliente (opcional):

Domicilio:

Ciudad/estado/código postal:

Teléfono:

Número de fax:

Descripción de la información a solicitar o divulgar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación/valoración | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados | <input type="checkbox"/> Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Salud física general | <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa: sifo, VIH, tuberculosis, |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con una emergencia | <input type="checkbox"/> Resumen de cierre del caso |
| <input type="checkbox"/> Información financiera | <input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de video, imágenes digitales u |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar cuál: | |

Información sobre el uso de sustancias (la divulgación debe limitarse a la información necesaria para llevar a cabo el propósito indicado):

- Toda mi información sobre el uso de sustancias creada por HAMHDS
 Toda mi información sobre el uso de sustancias recibida de otros proveedores de tratamiento
 Ningún detalle de mi información sobre el uso de sustancias

O únicamente la siguiente información sobre el uso de sustancias:

- Diagnóstico de uso de sustancias
 Medicamentos para el uso de sustancias
 Resultados de laboratorio relacionados con el uso de sustancias
 Historial de uso de sustancias
 Participación en servicios para el uso de sustancias

Propósito de la solicitud o divulgación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Valoración | <input type="checkbox"/> Coordinación de atención |
| <input type="checkbox"/> Pago por los servicios de Henrico Area Mental | <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Evaluación ordenada por un tribunal | <input type="checkbox"/> Petición de la persona |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar cuál: | |

Esta autorización entre en vigencia en la fecha en que se obtiene la firma del cliente o de su representante, y caducará:

- 365 días después del alta dada por la agencia o en 365 días



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Número de caso del cliente: _____

Al firmar esta autorización entiendo que estoy dando mi permiso al proveedor mencionado anteriormente para usar, divulgar o solicitar registros confidenciales de atención médica hasta la cancelación de esta autorización. Entiendo que esto incluirá la información añadida después de la fecha de emisión de esta autorización y hasta la fecha de cancelación. Puedo negarme a firmar la autorización. El tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica o la elegibilidad no se verán condicionados luego de dar la autorización. El original o una copia de esta autorización, y una notación relativa a las personas u organismos a los que se hizo la divulgación se incluirán en mis registros originales. También entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento pero no es retroactiva a la información ya divulgada de acuerdo con la autorización y que mi revocación no entrará en vigencia hasta que se entregue por escrito a la persona que está en posesión de mis registros. Entiendo que, a petición mía, se me debe proporcionar una lista de entidades a las que se ha divulgado mi información.

Existe la posibilidad de que cualquier información divulgada de conformidad con esta autorización esté sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, ya no esté protegida por las disposiciones de la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Si esta información se divulga de los registros protegidos por las reglas de confidencialidad federales (CFR 42 parte 2), las reglas federales prohíben que el destinatario realice divulgaciones extra de esta información a menos que su autorización por escrito lo autorice expresamente o según lo permita el CFR 42 parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias.

La persona que autoriza la divulgación/solicitud es:

- Cliente Padre/madre del menor de edad Tutor legal Poder notarial
- Representante autorizado

Si no es cliente, nombre:

Firma del cliente:

Fecha de la firma

Firma del representante personal del cliente

Parentesco con el cliente:
Padre/madre del menor, tutor legal, poder notarial, representante autorizado

Fecha de la firma