



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CONFIDENCIAL

Nombre (en letra de imprenta) _____ FDN _____ N.º de ID de MHCD _____

De conformidad con las normas federales, 42 CFR parte 2 (Confidencialidad de historias clínicas de pacientes sobre consumo de sustancias adictivas) y 45 CFR parte 164 (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos), **autorizo la divulgación información sobre mí como se indica a continuación.** Entiendo que la información sobre cualquiera de los siguientes se puede incluir en la divulgación: salud conductual, sexualidad y salud reproductiva, VIH/SIDA, anemia drepanocítica, enfermedades contagiosas, alcoholismo y consumo de sustancias adictivas, y tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias adictivas.

MHCD

Mental Health Center of Denver (MHCD)
4141 E. Dickenson Place
Denver, Colorado 80222
Teléfono _____ Fax _____

Tercero

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad/Estado/Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____

Comunicación verbal (oral): ¿Autoriza la comunicación verbal (oral) recíproca entre MHCD y un tercero? Sí No

Documentos escritos o electrónicos: ¿Autoriza la divulgación de documentos? Sí No
¿MHCD está autorizado a divulgar documentos? Sí No ¿Un tercero está autorizado a divulgar documentos? Sí No

Tipos de documentos autorizados para divulgarse

- Toda la información que se conserva en mi archivo
- Solamente los tipos de información/documentos marcados más abajo (marque todo lo que corresponda)
- Registros de facturación
- Evaluaciones clínicas
- Continuidad de la atención (CCD)
- Datos demográficos
- Otro (debe especificar) _____
- Lista de diagnóstico
- Resumen de alta
- Plan de educación (IEP)
- Expedientes educativos
- Información sobre empleo
- Resultados de análisis clínicos
- Antecedentes/órdenes de medicamentos
- Información de libertad provisional/condicional
- Resúmenes de médicos
- Resúmenes de progreso
- Pruebas psicológicas
- Evaluaciones psiquiátricas
- Servicio/Planes de tratamiento

Período (marque solo uno)

- Todos los ingresos
- Último ingreso
- Fechas _____ hasta _____

Objetivo

- Continuidad de la atención
- Coordinación de servicios
- Tratamiento
- A solicitud de la persona
- Otro (debe especificar) _____

Divulgación posterior

Entiendo que la información divulgada de acuerdo a esta autorización, con excepción de la información sobre un trastorno por consumo de sustancias adictivas, puede ser divulgada posteriormente por el destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) (45 CFR parte 164). La historia clínica sobre un trastorno por uso de sustancias adictivas seguirá estando protegida por las normas federales después de la divulgación y no podrá divulgarse ni volver a divulgarse sin mi consentimiento escrito, salvo que se estipule otra cosa en las normas pertinentes (42 CFR, parte 2)

Prohibición de condicionar autorizaciones

Entiendo que no me pueden obligar a firmar esta autorización como condición de tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios. Mental Health Center of Denver no se puede negar a tratarme si me niego a firmar esta autorización, salvo que esta autorización sea necesaria para mi participación en un estudio de investigación o que el objetivo del tratamiento sea proporcionar información a la persona/entidad identificada en esta autorización.

Vencimiento y derecho a revocar (cancelar)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que la información ya se haya divulgado u obtenido de acuerdo a la autorización. La revocación se debe hacer por escrito. Si no se revoca, esta autorización vencerá a los 2 (dos) años de la fecha de la firma, salvo que aquí se especifique una fecha o suceso anterior: _____.

Autorización

Mi firma a continuación significa que entiendo y acepto los términos de esta autorización. La copia de esta autorización (inclusive un fax) se considera tan válida como la original. Tengo derecho a recibir una copia de la autorización firmada.

Firma de la persona o el representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre del representante autorizado (en letra de imprenta) _____ Relación _____
(Se puede exigir documentación legal de la autoridad del representante)

AVISO A LOS DESTINATARIOS

Esta información se le divulgó de historias clínicas protegidas por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben la divulgación posterior de la información que contiene esta historia clínica que identifica a un paciente que tiene o tuvo un trastorno por consumo de sustancias adictivas, ya sea directamente, por referencia a información de acceso público, o mediante la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, salvo que la divulgación posterior esté expresamente autorizada mediante el consentimiento escrito de la persona cuya información se divulga o si lo permite de cualquier otra manera la parte 2 de 42 CFR (Código de Reglamentos Federales). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente a estos efectos (ver § 2.31). Las normas federales limitan cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente que tenga un trastorno por consumo de sustancias adictivas, salvo lo que se estipula en §§ 2.12(c)(5) y 2.65.