

Consentimiento para Compartir Información



Cliente:

Cita:

Fecha Actual:

Nombre del Destinatario:

Empleado de la Agencia:

Consentimiento para Compartir y/o Intercambiar Información

Cliente	Fecha de Nacimiento	Últimos 4 dígitos del Seguro Social
---------	---------------------	-------------------------------------

Yo, el que firma, autorizo a OhioGuidestone y sus organizaciones subsidiarias, incluyendo A Renewed Mind (colectivamente la "Agencia") a usar o compartir mi información de salud personal y/o información confidencial como se describe a continuación a:

Nombre del Destinatario:

Número de teléfono del destinatario

Número de fax del destinatario

Dirección del destinatario (Calle)

Ciudad, Estado y Código Postal del destinatario

Además, autorizo el INTERCAMBIO de información, y a la parte identificada como Destinatario anteriormente para compartir mi información de salud personal y/o información confidencial a la Agencia.

Yes

No

Tipo de información que puede ser compartida o intercambiada:

- Evaluaciones de Salud Mental Plan y actualizaciones de Tratamiento Notas de Progreso
 Récorde médicos generales (excepto diagnóstico y tratamiento VIH/SIDA) Récorde de Hospitalización Parcial Diagnóstico VIH/SIDA Reportes de Corte Récorde de Empleo Reportes y Récorde de Estudios IEP/MFE Resumen de Salida Tests de Alcohol/Drogas (LOC) Resumen de tratamiento por Alcohol/Drogas Plan de Tratamiento por Alcohol/Drogas Notas de Progreso Alcohol/Drogas Plan de Salida Alcohol/Drogas Resultados de Análisis de Orina/ Alcoholímetro Otro

Si seleccionó otro, especifique:

Consentimiento para Compartir Información



Se debe especificar un intervalo de fechas para el período de tiempo que se va a compartir o divulgar la información cuando se soliciten registros o cuando solo se va a compartir información limitada. Si no se especifica ninguna fecha, no se aplicará ninguna limitación de marco de tiempo.

Fecha de Servicio (DE):

Fecha de Servicio (A):

Propósito de la Divulgación:

Continuación de Cuidado Uso Personal Legal

Entiendo y reconozco que la información solicitada puede contener información sobre enfermedades físicas y mentales, resultados o diagnósticos de pruebas de VIH, condiciones relacionadas con el SIDA o el SIDA, alcohol y/o dependencia/abuso de drogas*. También entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con este consentimiento puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida.

Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si se solicita por escrito. También entiendo que el proveedor no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios de si firmo este consentimiento. Los proveedores de atención médica mencionados anteriormente no recibirán compensación financiera o en especie a cambio de usar o divulgar mi información de atención médica.

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya publicado en respuesta a este consentimiento.

Si no se revoca, este consentimiento expirará un año a partir de la fecha de firma o en la siguiente fecha, cita o condición (si es anterior):

Cita de condición para la revocación

Entiendo que puede haber cargos por la copia y divulgación de información y acepto la responsabilidad financiera por esos cargos. Entiendo y acepto que una copia de este consentimiento tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Firma del Cliente:

Nombre:

Fecha:

Padre/Guardián Legal/
Representante**:

Nombre:

Fecha:

**Prohibición contra la re-divulgación

Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por reglas de confidencialidad federal.

Release of Information



Las normas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 C.F.R. 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 información para investigar o procesar penalmente al cliente de abuso de alcohol o drogas.

***Si no es la firma del cliente, una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del cliente DEBE acompañar la solicitud a menos que se presente lo contrario con el proveedor (por ejemplo, tutor designado por la corte, poder notarial duradero para la atención médica, poder de los abuelos abogado). Excepción: Firma de los padres para el cliente menor de dieciocho años y la agencia del condado que tiene la custodia.*

Revocación del Consentimiento para Compartir Información

En la fecha y hora indicada a continuación, revoco el permiso para que la Agencia reclame más información al destinatario mencionado anteriormente, excepto en la medida en que el programa haya actuado en función de él.

Cliente/Padre/Guardián
Legal/Representante:

Fecha de Revocación:

Rev 816:

Pasos a Seguir/Plazos

Plazo para la próxima cita:

Próxima Cita Programada

Cita:

<u>Apellido</u>	<u>Primer nombre</u>	<u>Cita</u>	<u>Fecha Plazo/Hora</u>	<u>Fecha Programada/Hora</u>	<u>Empleado</u>
-----------------	----------------------	-------------	-------------------------	------------------------------	-----------------