



Autorización para divulgar y/o intercambiar información

Nombre del cliente/paciente (apellidos, nombre)

Fecha de nacimiento

Número de la Seguridad Social (cuatro últimos dígitos)

Número de teléfono

Yo, el suscrito, autorizo por la presente a OhioGuidestone a utilizar o divulgar mi información sanitaria personal y/o información confidencial tal y como se describe a continuación a:

Nombre del destinatario

Teléfono

Fax

Dirección (calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

D Si está marcado, autorizo además el **INTERCAMBIO** de información y que la parte identificada como Destinatario arriba también divulgue mi información sanitaria personal y/o información confidencial a OhioGuidestone.

Tipo de información que se divulgará/intercambiará:

D Evaluaciones de salud mental

D Registros parciales de hospitalización

D Evaluación de alcohol/drogas (LOC)

D Plan/actualizaciones de tratamiento/ITP

O Diagnóstico relacionado con VIH/SIDA

D Resumen del tratamiento alcohol/drogas

D Notas de progreso

D Informes judiciales

D Plan de tratamiento alcohol/drogas

D Registros médicos generales (excepto diagnóstico y tratamiento relacionados con el VIH/SIDA)

D Registros de empleo

D Notas de progreso alcohol/drogas

D Otra (especifique): _____

O Informes/registros escolares /IEPIMFE

D Plan de alta por alcohol/drogas

D Resumen del alta

D Resultados del análisis de orina/alcoholímetro

Fechas para la divulgación (DE): _____ **(A):** _____

Objeto de la divulgación:

(La finalidad de la divulgación debe completarse antes de su procesamiento, por ejemplo, continuidad de la atención, uso personal, uso legal, etc.)

Comprendo y reconozco que la información solicitada puede contener datos relativos a enfermedades físicas y mentales, resultados de pruebas o diagnósticos de VIH, SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, dependencia/abuso de alcohol y/o drogas*. También entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada de nuevo por el destinatario y puede dejar de estar protegida.

Entiendo que puedo consultar y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito por escrito. También entiendo que el proveedor no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a que yo firme esta autorización. Los proveedores de atención sanitaria mencionados no recibirán compensación económica o en especie a cambio de utilizar o divulgar mi información sanitaria.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización (por escrito) en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en virtud de esta autorización. Si no se revoca, **esta autorización expirará un año después de la fecha escrita a continuación** o en la siguiente fecha, evento o condición (si es anterior): _____

Entiendo que puede haber cargos por la copia y divulgación de información y acepto la responsabilidad financiera de dichos cargos. Entiendo y acepto que una copia de esta autorización tendrá la misma fuerza y efecto que la original.

Firma del cliente/paciente

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del padre/madre/tutor legal/representante personal**

Nombre en letra de imprenta

Fecha

**Prohibición de nueva divulgación: 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. Este registro que se le ha revelado está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de este registro a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando en este registro o, esté permitida de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (ver sección 2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en las secciones 2.12(c)(5) y 2.65. **Si no está firmada por el cliente/paciente, la solicitud DEBE ir acompañada de una copia de la documentación legal acreditativa del representante personal del cliente/paciente, a menos que el proveedor tenga constancia de lo contrario (por ejemplo, tutor designado por un tribunal, poder notarial duradero para la atención sanitaria, poder notarial de los abuelos). Excepción: Padres que firman por el cliente/paciente menor de dieciocho años y la agencia del condado que tiene la custodia.*

Revocación de la autorización de divulgación de información

En la fecha y hora indicadas a continuación, por la presente revoco el permiso para que OhioGuidestone divulgue más información a la persona mencionada anteriormente, excepto en la medida en que el programa ya haya actuado conforme a la misma.

Cliente/Padre/Tutor legal/Representante personal**

Fecha/hora