

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Autorizo a _____, a _____ y a la siguiente persona, agencia o grupo:

(Nombre de la HMO) (Nombre de la BHO)

Proveedor/Agencia/Grupo Dirección Ciudad Estado ZIP

para que divulgue información y expedientes relacionados con mi tratamiento y estado de salud física, mental o de abuso de sustancias a las siguientes personas, agencias, doctores y centros profesionales:

Proveedor/Agencia/Grupo Dirección Ciudad Estado ZIP

La información que se divulgará o intercambiará es, entre otra (marque toda la que sea pertinente):

- Historia clínica y física
- Documentos de alta y resumen
- Documentos del tratamiento de la salud mental y abuso de sustancias
- Informes de laboratorio
- Documentos del tratamiento de la salud física
- Documentos de medicamentos
- Información del tratamiento del VIH o de las enfermedades transmisibles
- Otra (especifique) _____

Esta divulgación se ha autorizado con el siguiente propósito (marque todos los que sean pertinentes):

- Diagnóstico y tratamiento
- Coordinación de la atención médica
- Pagos del seguro
- Otro (especifique) _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Entiendo que mis expedientes de salud mental y abuso de sustancias están protegidos contra la divulgación bajo la ley federal o estatal. Puedo revocar esta autorización. Esta autorización tiene vigencia hasta que yo la revoque o 60 días después de que yo haya terminado el tratamiento, lo que suceda primero. Una vez que revoque esta autorización, no se podrá divulgar ninguna información, excepto como lo autorice o lo permita la ley. La copia de archivo se considera equivalente al original.

Se me explicó esta autorización y la firmé por mi propia voluntad:

El día _____ del mes de _____ de 20_____.

Firma del cliente

Firma del testigo

Firma del padre, tutor o representante autorizado, si es necesario

AVISO SOBRE LA DECISIÓN DEL CLIENTE DE NO AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

He revisado el formulario anterior para la divulgación de información y me he negado a autorizar la divulgación de información de salud mental y abuso de sustancias a los proveedores de salud física o de tratamiento de salud mental o contra el abuso de alcohol o drogas.

Firmado este día _____ del mes de _____ de 20_____.

Firma del cliente

Firma del testigo

Firma del padre, tutor o representante autorizado, si es necesario

La persona que firma esta autorización tiene derecho a una copia.

PARA LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

PROHIBICIÓN SOBRE LA DIVULGACIÓN

Las leyes federales y estatales protegen la confidencialidad de la información que usted recibió sobre el tratamiento del abuso de alcohol y drogas de la persona. Las normas federales (42 CFR Parte 2) le prohíben a usted dar esta información a otra persona a menos que se haya permitido expresamente en un consentimiento escrito de la persona de quien se trata, o de otra manera permitida por dichas normas. La divulgación se limita al propósito y a la persona anotados en el formulario de autorización. Las reglas federales limitan el uso de la información a investigar o enjuiciar penalmente a algún paciente que tiene problemas de abuso de alcohol o drogas. Es posible que las leyes estatales también protejan la confidencialidad de los expedientes del paciente.

PARA LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO:

Tiene el derecho de hacernos preguntas sobre este formulario. También tiene el derecho de revisar la información que nos da en el formulario. (Hay algunas excepciones). Si la información está incorrecta, puede pedir que la corrijamos. La Comisión de Salud y Servicios Humanos tiene un método para pedir correcciones. Puede encontrarlo en el Título 1 del Código Administrativo de Texas, Secciones 351.17 a 351.23. Para hablar con alguien acerca de esta forma, o para pedir correcciones, haga el favor de comunicarse con NorthSTAR. Puede comunicarse con NorthSTAR escribiendo a 1199 S. Beltline Rd., Coppell, Texas 75019 ó llamando a la Línea de Ayuda de NorthSTAR al 1-972-906-2500.