



PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935  
Teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257  
Electrónico Correo: [MedicalRecords@DiversusHealth.org](mailto:MedicalRecords@DiversusHealth.org)

**AUTHORIZACION PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

**POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO A DIVERSUS HEALTH PARA:**

- Obtener información de y/o
- Divulgar información privada (confidencial) a la(s) siguiente(s) persona(s) y/o identidad.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

**Cual información será divulgada**

**La información que puede ser obtenida/publicada bajo esta autorización incluye la siguiente:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exámenes/Evaluaciones   | <input type="checkbox"/> Educativa/Del Desarrollo                          |
| <input type="checkbox"/> Planes Centrados en la Personas/Planes de Tratamiento         | <input type="checkbox"/> Recomendaciones De Alta/Traslado                  |
| <input type="checkbox"/> Nota de Progreso  | <input type="checkbox"/> Información relacionada a Beneficios o Aseguranza |
| <input type="checkbox"/> Examen/Informes Psicológico                                   | <input type="checkbox"/> Información Relacionada al Trabajo                |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátricas/Revisiones de Medicamento/Análisis |  |
| <input type="checkbox"/> Recomendaciones de Tratamiento/Servicios                      |  |
| <input type="checkbox"/> Otro  |  |

**Modos de transmisión**

**La information puede ser divulgada por medio de:**

- Escrito  Verbal  Electrónico  Foto  Otro: \_\_\_\_\_

**Finalidad de la versión:**

- Para proporcionar coordinación de casocomprensiva
- Para determinar elegibilidad de servicios
- A petición del individuo
- Otro



PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935  
Teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257  
Electrónico Correo: [MedicalRecords@DiversusHealth.org](mailto:MedicalRecords@DiversusHealth.org)

---

**Información Adicional**

**Tenga en Cuenta** – Que los expedientes publicados pueden contener información de alcoholismo y drogadicción y/o información del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Complejo Relacionado al SIDA (CRS).

- Yo autorizo la divulgación de la información relacionada a recomendaciones y/o tratamiento para el alcoholismo y drogadicción.
- PROHIBO** la divulgación de información con la remisión y/o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

**VIH/SIDA/Enfermedades de Transmisión Sexual/Enfermedad Estransmisible**

- Autorizo la divulgación de información con el VIH/SIDA/enfermedad de transmisión sexual/enfermedad transmisible.
  - PROHIBO** la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedad esdecirporal/enfermedad transmisible.
- 

**Entiendo que:**

- La información no puede estar protegida de las redivulgaciones por las partes a las que se libera na no está protegida por las leyes federales de privacidad; sin embargo, si esta información está protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad del Abuso de Sustancias (42 CFR parte 2), la parte a la que se divulga no podrá nizar una función a divulgar dicha dicha información sin mi autorización por escrito adicional por la ley estatal o federal.
- La información relacionada con el uso de sustancias pueden ser divulgada en caso de una emergencia médica de buena fe consentimiento.
- En virtud del 42 CFR Parte 2, tengo derecho a solicitar una lista de divulgaciones a las que se hayan hecho divulgaciones de conformidad con la designación general
- Para 42 escríacaC CFR Parte 2, puedo comunicarme con el Fiscal de los Estados Unidos para Colorado en 1801 California Street, Suite 1600, Denver CO 80202, 1-303-454-0100
- Diversus Health no tiene control sobre esta información después de que se libera y no es responsable de ninguna otra divulgación.
- Puede que tenga una copia de esta autorización.
- Puedo revolomente esta autorización en cualquier momento notificando a Diversus Health Medical Records por escrito o firmando la línea de revocación de este formulario y devolviéndola a Diversus Health Medical Records. Cualquier revocación es para versiones futuras y no se aplica a ninguna versión realizada antes de la fecha de revocación.
- Esta autorización expira en \_\_\_\_\_ o si sedeja en blanco, dos (2) años a partir de mi fecha de firma.
- Esta autorización no es la divulgación de notas de psicoterapia, ya que Diversus Health no cuenqué ninguna psicoterapia como parte de los registros médicos.

---

Nombre del pentagrama de Diversus Health

Fecha de Firma

---

Firma del cliente (15 años de edad o más) Fecha de

Fecha de Firma

---

Firma del Representante de Cliente /Tutor Legal

Fecha de Firma