



DIVERSUS HEALTH

PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935
Teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257
Electrónico Correo: 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:

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

Modos de transmisión

La information puede ser divulgada por medio de:

- Escrito
- Verbal
- Electrónico
- Foto
- Otro:

Finalidad de la versión:

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



DIVERSUS HEALTH

PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935
Teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257
Electrónico Correo: 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 puede 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