



PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935
Número de teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257
Correo electrónico: MedicalRecords@DiversusHealth.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del cliente: _____ ID del cliente: _____

Fecha de nac.: _____ Vigencia: _____

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Diversus Health a:

- Obtener información o
- Divulgar información privada (confidencial) a la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es).

Nombre: Todos mis proveedores de tratamiento en _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información a divulgar

La información que se puede obtener/divulgar en virtud de esta autorización incluye lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/Estudios | <input type="checkbox"/> Educativa/Del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Planes centrados en la persona/Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Recomendaciones sobre alta/traslado |
| <input type="checkbox"/> Nota sobre progreso | <input type="checkbox"/> Información relacionada con los beneficios o el seguro |
| <input type="checkbox"/> Pruebas/informes psicológicos | <input type="checkbox"/> Información relacionada con el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas/Revisiones de medicamentos/Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Recomendaciones de tratamiento/servicios |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

La información EXCLUSIVAMENTE sobre DUI (manejo alcoholizado) que se puede obtener/divulgar bajo esta autorización incluye lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inscripción | <input type="checkbox"/> Cooperación |
| <input type="checkbox"/> Asistencia, horas y semanas completadas | <input type="checkbox"/> Estado y evolución del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Niveles de educación/tratamiento | <input type="checkbox"/> Pago de tasas |
| <input type="checkbox"/> Cumplimiento de los servicios auxiliares | <input type="checkbox"/> Estado de alta |

Modos de transmisión

La información puede divulgarse en formato:

- Electrónico Escrito Verbal Fotográfico Otros _____

Propósito de la divulgación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proporcionar una coordinación integral de la atención | <input type="checkbox"/> Determinar la elegibilidad para los servicios |
| <input type="checkbox"/> A petición del cliente/tutor | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |



PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935
Número de teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257
Correo electrónico: MedicalRecords@DiversusHealth.org

Información adicional

Tenga en cuenta Los registros publicados pueden contener información sobre el abuso de alcohol y drogas o información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Complejo Relacionado con el SIDA (ARC, por sus siglas en inglés).

Abuso de alcohol/drogas:

- Autorizo la divulgación de información relacionada con la derivación o el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
- PROHÍBO** la divulgación de información relacionada con la derivación o el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

VIH/SIDA/Enfermedades de transmisión sexual/Enfermedades transmisibles

- Autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades transmisibles.
- PROHÍBO** la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades transmisibles.

Entiendo que:

la información divulgada en función de esta Autorización, excepto la información sobre un trastorno por consumo de sustancias, puede volver a ser divulgada por el destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de la Salud de 1996 (HIPAA) (45 CFR parte 164). Los registros sobre un trastorno por consumo de sustancias continuarán estando protegidos por las normas federales después de la divulgación y no pueden divulgarse ni volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las normas pertinentes (42 CFR parte 2).

No se me puede solicitar que firme esta Autorización como condición para el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios. Diversus Health no puede negarse a tratarme si rechazo esta Autorización a menos que esta Autorización sea necesaria para mi participación en un estudio de investigación, o que el propósito del tratamiento sea proporcionar información a la persona/entidad identificada en esta Autorización.

La información relacionada con el trastorno por consumo de sustancias puede divulgarse sin consentimiento en caso de una emergencia médica de buena fe. De conformidad con 42 CFR Parte 2, tengo derecho a solicitar una lista de divulgaciones a las que se han realizado divulgaciones de conformidad con la designación general: Para violaciones de 42 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 su publicación y no es responsable de ninguna otra divulgación.

Puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento notificando a Diversus Health Medical Records por escrito o firmando el formulario de revocación. Si no se revoca, esta Autorización expirará dos (2) años a partir de la fecha en que la firme, a menos que se especifique una fecha aquí _____.

Esta autorización no es para la divulgación de notas de psicoterapia, ya que Diversus Health no mantiene notas de psicoterapia como parte de los registros médicos.

Mi firma a continuación significa que entiendo y acepto los términos de esta Autorización. Una copia de esta Autorización (incluido el fax) es tan válida como el original. Tengo derecho a recibir una copia de la Autorización firmada.

Nombre del personal de Diversus Health: _____ Fecha _____

Firma del cliente (12 años de edad y más) _____ Fecha de firma _____

Firma del representante del cliente/tutor legal _____ Fecha de firma _____