



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compartir y recibir información con otros proveedores de servicios nos ayuda a proporcionarles a usted y a su familia servicios completos y de calidad. Usted tiene derecho a negarse a autorizar el intercambio y la recepción de información entre sus proveedores y otros. Tenga en cuenta que tiene opciones al considerar si debe autorizar esta divulgación. La negativa a firmar no afectará a los servicios que recibe y no impedirá que su compañía aseguradora pague dichos servicios. Si decide no firmar esta autorización, no podremos compartir la información.

Yo, _____ autorizo:

Cliente, si tiene 14 años o más, O tutor legal del cliente mencionado

Nombre de la persona y relación / entidad / instalación que divulga información

Dirección de la persona/entidad

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

para intercambiar o proporcionar información específica de salud/salud mental con Morrison Child and Family Services. La información divulgada incluirá lo siguiente:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Evaluaciones de salud mental | ☐ Tratamiento/Plan de servicio | ☐ Terapia/Notas del caso |
| ☐ Evaluaciones psiquiátricas | ☐ Notas sobre medicamentos psiquiátricos | ☐ Medicamentos usados en el tratamiento |
| ☐ Evaluaciones de drogas/alcohol | ☐ Resultados de la prueba de análisis de orina | ☐ Resultados de la prueba de laboratorio |
| ☐ Alta/Resumen del cese | ☐ Otros: _____ | |

Si la información que se va a divulgar contiene alguno de los tipos de información que se enumeran a continuación, pueden aplicarse otras leyes de privacidad. Comprendo y acepto que esta información se divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente junto al tipo de información. **(Coloque sus iniciales en los espacios a continuación)**

- | | |
|--|--|
| <input type="text"/> información de salud mental | <input type="text"/> información sobre drogas/alcohol |
| <input type="text"/> información de VIH/SIDA | <input type="text"/> información sobre pruebas genéticas |

Entiendo que la información utilizada o divulgada con respecto a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de la información de VIH/SIDA, información de salud mental, información de pruebas genéticas e información de diagnóstico, tratamiento o derivación por drogas/alcohol.

El propósito o la necesidad de esta información es:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Diagnóstico/evaluación | ☐ Planificación de la educación | ☐ Coordinación de los servicios |
| ☐ Planificación del tratamiento | ☐ Legal | ☐ Otro, especifique: _____ |
-

RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

- Tuve la oportunidad de hacer preguntas respecto a este formulario.
- Entiendo lo que este formulario significa y apruebo las divulgaciones o publicaciones enumeradas.
- Entiendo que las leyes estatales y federales protegen mi información sobre los servicios que recibo de la agencia, empresa, organización o persona mencionada.
- Esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.
- Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento y que la revocación (cancelación) no se aplicará a ninguna información ya divulgada o comunicada. Con excepción de la información sobre drogas y alcohol, yo, o una persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre, debo presentar la solicitud de cancelación por escrito al personal o al Oficial de Privacidad de los Servicios infantiles y familiares de Morrison. Se aceptará la notificación oral o escrita de la cancelación de la autorización para información referida a drogas y alcohol.
- Entiendo que la ley federal o estatal prohíbe volver a divulgar la información sobre VIH y SIDA, salud mental, diagnóstico de alcohol y drogas, los registros de tratamiento o la información de derivación sin mi autorización o la de una persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre.
- Entiendo que la información que no está sujeta a restricciones sobre la nueva divulgación puede volver a ser divulgada, y que la información que se vuelve a divulgar podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
- Entiendo que alguien puede necesitar ponerse en contacto conmigo respecto a este formulario para confirmar mi identidad o recopilar información adicional.
- Firmo esta autorización por mi propia voluntad.

He leído esta autorización y la entiendo. A menos que cese, esta autorización expira en 365 días desde la fecha de la firma que figura a continuación, a menos que se especifique un número menor de días o haya una baja de los servicios.

(N.º de días _____)

Firma del cliente (si tiene 14 años o más)

Fecha

Firma del tutor legal

Fecha

Firma del personal

Fecha