

Autorización para divulgar información médica protegida

1. Información del paciente:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre(s) anterior(es)	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

2. Autorizo a (marque todas las casillas de verificación que correspondan):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – California | <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Florida | <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Georgia |
| <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Illinois | <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Minnesota | <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Pensilvania |
| <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Tennessee | <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Washington | <input type="checkbox"/> Rogers Behavioral Health – Wisconsin |

3. A divulgar a: A obtener de:

Agencia/instalación/persona	Número de teléfono	Número de fax	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

4. Información que se divulgará: Fechas de prestación de servicios: _____ Expediente completo

- Si no se indica una fecha final, registrará hasta la fecha de expiración de esta autorización*
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Informe clínico |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Planificación de la educación | <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta | <input type="checkbox"/> Historia clínica/consulta |
| <input type="checkbox"/> Carta con fecha de prestación de servicios | <input type="checkbox"/> Plan de seguridad | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

* A los fines de continuar con la atención, se enviará un resumen (informe de alta, evaluación psiquiátrica, historia clínica/consultas, medicamentos)

5. Tipo de información: Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información relacionada con pruebas genéticas, trastornos por consumo de sustancias, resultados de pruebas de VIH y enfermedades de transmisión sexual. (Marque las siguientes casillas de verificación si no quiere que se divulgue esta información): Tratamiento para trastornos por consumo de sustancias Resultados de pruebas de VIH y tratamientos relacionados Enfermedades de transmisión sexual Pruebas genéticas

6. Método de entrega: (marque una casilla de verificación) Correo de EE. UU. Correo electrónico seguro: _____
 Fax Memoria externa digital Verbalmente

7. Propósito de la divulgación: (marque todas las casillas de verificación que correspondan) Continuación de la atención Legal Personal
 Planificación de la educación Elegibilidad/pago del seguro Verificación del cumplimiento del tratamiento Otro: _____

8. Expiración: Esta autorización expirará a la medianoche dentro de un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se indique lo contrario. Otra fecha de expiración, período o acontecimiento: _____ Esta autorización se aplicará a los expedientes médicos generados durante el período especificado anteriormente hasta la fecha de expiración de la autorización e incluirá información financiera relacionada con esta cuenta hasta el cierre de la misma.

9. Derechos del paciente en relación con esta autorización:

Autorizo la divulgación de la información médica detallada anteriormente. Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de todos los expedientes relativos a esta solicitud que se mantienen como parte de mi expediente médico en Rogers. Entiendo que puedo revocar esta autorización; debo hacerlo por escrito y debo presentar el Formulario de cancelación de la autorización (HIM-056) al Health Information Department. Entiendo que mi revocación no será efectiva en cuanto a los usos o las divulgaciones: (1) que ya se hayan llevado a cabo sobre la base de esta autorización; o (2) que sean necesarias para que una compañía de seguros impugne una reclamación o una póliza como lo autoriza la ley en caso de que firmar la autorización haya sido una condición para obtener la cobertura del seguro. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa por preparar y entregar los expedientes para cumplir con esta solicitud. Entiendo que Rogers no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios al momento de la ejecución de esta autorización, a menos que los servicios se estén prestando con el único propósito de divulgar la información a un tercero. Entiendo que la información utilizada o divulgada sobre la base de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y puede dejar de estar protegida por las Reglas de Privacidad de la HIPAA, pero que todos los destinatarios de la información relacionada con los expedientes de los pacientes por abuso de alcohol y drogas están informados de la prohibición de divulgar la información, tal como lo exigen las Reglas de Confidencialidad que se encuentran en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (C. F. R.), parte 2. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que tengo derecho a revisar o recibir una copia del material que se divulgará tal como se estipula en las secciones 92.05 y 92.06 del apartado del Departamento de Servicios de Salud del Código Administrativo de Wisconsin. Entiendo que una fotocopia o un facsímil de este documento tienen tanta validez como el formulario original.

10. Autorización:

Firma del paciente	Fecha/hora	Firma del representante legal	Fecha/hora
Si el paciente es incapaz de firmar, indique la razón: _____		Si la persona que firma el formulario no es el paciente, el paciente:	
Nombre del testigo en letra de imprenta y fecha: _____		<input type="checkbox"/> es menor de edad <input type="checkbox"/> es legalmente incompetente o incapaz <input type="checkbox"/> ha fallecido	
		Autoridad legal: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> tutor legal <input type="checkbox"/> poder notarial activado para la atención médica	

(Si firma como padre de un paciente menor de edad, declara que no se le ha negado la colocación física o la patria potestad del niño porque dicha colocación pondría en peligro la salud física, mental o emocional del niño)

Aviso para el destinatario de la información respecto de una nueva divulgación: Si obtuvo esta información de expedientes protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2), el 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos expedientes.