

## 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	Relación	Número de teléfono	Número de fax
-----------------------------	----------	--------------------	---------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

### 4. Información que se divulgará: Fechas de prestación de servicios: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

*Si no se indica una fecha final, registrará hasta la fecha de expiración de esta autorización*

- Expediente complete  
 Resumen\*

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Planificación de la educación | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento                      | <input type="checkbox"/> Informe clínico           |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos   | <input type="checkbox"/> Plan de seguridad             | <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta                      | <input type="checkbox"/> Historia clínica/consulta |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta         | <input type="checkbox"/> Laboratorio                   | <input type="checkbox"/> Carta con fecha de prestación de servicios |  |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____             |  |   |  |

\* 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 todas las casillas de verificación que correspondan)

- Correo de EE. UU.  Fax  Memoria externa digital  Correo electrónico seguro: \_\_\_\_\_  Verbalmente

### 7. Propósito de la divulgación: (marque todas las casillas de verificación que correspondan)

- Continuación de la atención  Legal  Planificación de la educación  Personal  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 y en el estatuto 740ILCS110/4. De acuerdo con el estatuto del estado de Illinois 740ILCS110/5, el formulario de consentimiento deberá ser firmado por la persona que tenga derecho a dar su consentimiento, y la firma deberá ser atestiguada por una persona que pueda dar fe de la identificación de quien da su consentimiento. Entiendo que una fotocopia o un facsímil de este documento tienen tanta validez como el formulario original.

### 10. Autorización:

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

Testigo n.º 1 Firma/nombre en letra de imprenta y fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante legal \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

Testigo n.º 2 Firma/nombre en letra de imprenta y fecha (Si corresponde) \_\_\_\_\_

Si la persona que firma el formulario no es el paciente, el paciente:  
 es menor de edad  es legalmente incompetente o incapaz  
 ha fallecido

**Autoridad legal:**  padre  tutor legal  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.

For Office use (Para uso administrativo): Signature verified: \_\_\_\_\_ (initials)