|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **cid:image003.png@01D8CDD1.0F31CAD0AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD DE ACUERDO CON HIPAA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del paciente | | | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | | | Número de teléfono | |
| Dirección del paciente | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | Yo, o mi representante autorizado, solicito información de salud con respecto a mi cuidado y tratamiento lanzado como se establece en esta forma:  De acuerdo con la regla de privacidad de Portabilidad del seguro de salud y Ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA), entiendo que:  1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información sobre **ALCOHOL** y **abuso de drogas, tratamiento de salud MENTAL,** excepto notas de psicoterapia e **Información Confidencial relacionada con VIH** sólo si pongo mis iniciales en la línea correspondiente en el artículo 9.a. En caso de que la información que se describe a continuación incluye alguno de estos tipos de información, Y pongo mis iniciales en la línea del artículo 9.a, específicamente autorizo dicha información a la persona o categoría de persona (s) indicados en el artículo 8.  2. Si autorizo la divulgación de información de tratamiento relacionados con VIH, alcohol o drogas, o de salud mental, el beneficiario estara prohibido revelar dicha información sin mi autorización, salvo que esté permitido hacerlo bajo ley federal o estatal . Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con VIH sin autorización.  3. Tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor de atención médica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que haya habido alguna acción basada en esta autorización.  4. Entiendo firmar esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios no será afectada por mi autorización de esta divulgación.  5. Información revelada bajo esta autorización podría ser revelada por el beneficiario (excepto como se señala arriba en artículo 2), y este redescubrimiento podrá ya no ser protegido por la ley federal o estatal. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Nombre y dirección de persona o categoría de persona para divulgar esta información: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Nombre y dirección de persona o categoría de persona a quien se enviará esta información: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 Información específica a ser liberada: | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_Registro médico (insertar fecha) de | | |  | | | | (insertar fecha) | | | | | a | | | |
| |  | | --- | | \_\_Evaluación psiquiátrica y notas de progreso psiquiátrico (excepto notas de psicoterapia)  \_\_Historial y Físico  \_\_Resumen de Alta más reciente y Plan de tratamiento maestro  \_\_Resultados de pruebas (laboratorio, radiografía, EEG, EKG, etcétera.)  \_\_Registros enviados por otros proveedores de atención médica  \_\_Órdenes de médicos y notas de progreso  \_\_Registros de facturación  \_\_Conversaciones verbales con miembros de la familia:(nombre de la persona) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_Conversaciones verbales con miembros que no son de la familia:( nombre de la persona) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_Tribunal y servicios relacionados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros: | |  | | | | | | | | Incluir: *(indicar al colocar mis iniciales)* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | **Tratamiento de alcohol y las drogas** | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | **Información de salud mental** | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | **Información relacionada con el VIH** | | |
| 10. motivo de la entrega de información:  A petición de la persona | | | | | 11. Si no especifico una fecha o un evento en este cuadro, esta autorización vencerá 24 meses desde la fecha de mi firma a continuación. | | | | | | | | | | |
| Otros: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario: | | | 13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:    (Si es aplicable, adjunte documentación de respaldo). | | | | | | | | | | |
| Entiendo que después de firmar esta autorización puedo recibir una copia. También entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información para ser usada o divulgada, previsto en 45 C.F.R. § 164.524. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | Fecha | | | : | | | | | | |
| Firma del paciente o representante autorizado por la ley. | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA DE ACUERDO CON HIPAA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del paciente | | | | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | | | Número de teléfono |
| Dirección paciente | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | Yo, o mi representante autorizado, solicitud de información de salud con respecto a mi cuidado y tratamiento lanzado como se establece en esta forma:  De acuerdo con la regla de privacidad de Portabilidad del seguro de salud y Ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA), entiendo que:  1. Tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor de atención médica registrado a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que haya habido alguna acción basada en esta autorización.  2. Entiendo firmar esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios no será afectada por mi autorización de esta divulgación.  3. Información revelada bajo esta autorización podría ser revelada por el beneficiario y este redescubrimiento podra ya no ser protegido por la ley federal o estatal.  4. Esta autorización no autoriza a hablar de mi información de salud o atención médica con alguien que no sea el abogado o la agencia gubernamental especificada en el artículo 7 (b). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Nombre y dirección del centro de servicio de “Brighter Heights Florida”/ y programa para divulgar esta información: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.Nombre y dirección de persona o categoría de persona a quien se enviará esta información: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7(a). Información específica a divulgar: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Notas de psicoterapia de (insertar fecha) | | | |  | | (insertar fecha) a | | | | |  | | | | |
| Registro completo de notas de psicoterapia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros: |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **Autorización para hablar de mi información de salud** | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| (b) al colocar mis  Iniciales aquí | |  | Autorizo a | |  | | | | | | | | | | |
| (Iniciales) (Nombre del proveedor de atención médica)  para hablar de mi información de salud con mi abogado o una agencia gubernamental, registrados aquí: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Nombre de Agencias gubernamentales, o Abogado) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Motivo de entrega de información:  \_\_\_A petición de la persona | | | | | | | 9. Si no especifica una fecha o un evento en este cuadro, esta autorización vencerá 24 meses desde la fecha de mi firma a continuación. | | | | | | | | |
| Otros:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 10. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario | | | | | | | 11.Autoridad para firmar en nombre del paciente:    (Si es aplicable, adjunte documentación de respaldo). | | | | | | | | |
| Entiendo que después de firmar esta autorización puedo recibir una copia. También entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información para ser usada o divulgada, previsto en 45 C.F.R. § 164.524. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Fecha | |  | | | | | |
| Firma del paciente o representante autorizado por la ley. | | | | | | | | | | | | | | | |