

**AUTHORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD**

**Nombre de Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **# de Cliente:** \_\_\_\_\_

**Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud:** Las leyes estatales y federales rigen la confidencialidad y la protección de la información personal identificable. Identificación de la información puede ser revelada a Rocky Mountain Health Plans (RMHP) para el pago y el encuentro Excepto en situaciones específicas definidas en diversas leyes la información de salud protegida no podrá ser revelada sin autorización por escrito.

**Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Abuso de Drogas:** 42 CFR Parte 2 protege específicamente la información sobre los pacientes de abuso de drogas y alcohol. Excepto en situaciones específicas definidas en diversas leyes la información de salud protegida no podrá ser revelada sin autorización por escrito.

Por la presente autorizo, por mí mismo o como representante legal, a  **Mandar**  **Reciber**  **Cambiar** el uso y divulgación de salud protegida por el Centro de Salud Mental a las siguientes personas o entidades:

- Un individuo/el comercio (nombre) \_\_\_\_\_;
- Un proveedor médico que trata (nombre / empresa) \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ Toda información de los proveedores con Intercambio de Información Saludable (IIS) con quien tengo una relación de tratamiento. Si la última casilla de verificación está techando, entiendo que tengo derecho, a petición, a una lista de todos de los participantes en IIS a quien se comuniquen mi información.

**Los siguientes tipos de información pueden ser revelados:**

- |                                                                    |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico y Evaluaciones                | <input type="checkbox"/> Notas de progreso          |
| <input type="checkbox"/> Información sobre Abuso de Drogas         | <input type="checkbox"/> Planes de Servicio         |
| <input type="checkbox"/> Información sobre el VIH/SIDA             | <input type="checkbox"/> Estados de Cuenta: _____   |
| <input type="checkbox"/> Actualizaciones y Resúmenes               | <input type="checkbox"/> Fechas de Servicios: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos e Información de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____                |

**La información puede ser divulgada para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, los siguientes propósitos (marque todas las que aplican):**

- |                                                                     |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención de coordinación | <input type="checkbox"/> Coordinación de cuidado de agencias múltiples |
| <input type="checkbox"/> Planificaciones de servicio                | <input type="checkbox"/> Corte o la agencia de testimonios             |
| <input type="checkbox"/> Servicios profesionales o rehabilitación   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> A petición del cliente o representante     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                   |

**Divulgación adicional:** La información revelada por el pago y presentación de informes se puede divulgar aún más por el destinatario para el Health Care Policy and Finance (HCPF) y Office of Behavioral Health (OBH).

**Otras Informaciones sobre Autorizaciones:** Mi capacidad de obtener los servicios no depende de la firma de esta autorización a menos que un tribunal u otra tercera parte autorizada ha requerido mi tratamiento. Las copias de esta forma se pueden usar en lugar de la original. La parte que divulgue información de salud protegida no divulgará más a otra parte y que la información no podrá ser protegida. La divulgación de información sobre el abuso de drogas en virtud de esta autorización debe ir acompañada de la notificación requerida por 42 CFR 2.32.

**Revocación:** Esta autorización puede ser revocada en el momento, por escrito. Si no se revoca antes, esta autorización expirara el momento del alta de tratamiento o de dos (2) anos a partir de la fecha de su firma, que se produce siempre en primer lugar.

**Menores de Edad:** Los menores de edad: Si esta autorización se refiere a un niño menor de 15 años de edad, el Centro de Salud Mental se reserve el derecho de restringir, limitar o negarse a entregar la información y los registros de salud del niño, si la información se utilizara en litigios relacionados con la determinación en el mejor interés del niño.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del Cliente por el Representante