

# Davis Salud Behaviorística

945 Calle mayor del sur Layton UT 84041  
(801) 773-7060

## AUTORIZACIÓN DE USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Antiguo Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN A: USE O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Firmando esta Autorización, autorizo el uso o la revelación de mi información de salud individualmente identificable mantenida por:

El Abastecedor: Davis Salud Behaviorística

Mi información de salud puede ser revelada bajo esta Autorización  
El Recipiente [Persona (s)/Organización que recibe la información]:

Nombre de Letra u Organización

Dirección de Letra, Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono de Letra

La información de salud incluye la información coleccionada de mí o creado por el Abastecedor, o información recibida por el Abastecedor de otro abastecedor de asistencia médica, un plan de salud, mi patrón, o un banco de liquidación de asistencia médica. La información de salud puede estar relacionada con mi pasado, salud mental o física presente o futura o condición, la provisión de mi asistencia médica, o pago para mis servicios de asistencia médica.

Cualquier abastecedor que hace funcionar un alcohol federalmente asistido o el programa de consumo de drogas es prohibido revelar la información sobre el tratamiento por alcohol o consumo de drogas sin mi autorización escrita específica a menos que una revelación esté por otra parte autorizada por regulaciones federales que gobiernan la Confidencialidad de Archivos de Paciente de Consumo de Drogas y Alcohol (42 CFR, la Parte 2).

### SECCIÓN B: INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA SER LIBERADA

- Evaluación/Evaluación Psiquiátrica
- Proyectos de Tratamiento
- Notas de Progreso
- Historia de Medicación
- Otro: \_\_\_\_\_

- Resumen de Descarga
- Alcohol y Archivos de Medicina
- Comunicaciones Verbales

### SECCIÓN C: OBJETIVO DEL USO O REVELACIÓN

El objetivo (s) de esta Autorización es (son)

Compruebe el que:

- Continuación de cuidado
- Expresamente, el objetivo (s) siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ❑ Esta petición de la información para ser usada o revelado ha sido iniciada por el Cliente y el Cliente no decide revelar su objetivo.

**Note: Esta caja no puede ser comprobada si la información para ser usada o revelado pertenece a alcohol o identidad de consumo de drogas, diagnóstico, pronóstico o tratamiento.**

#### **SECCIÓN D: EXPIRACIÓN**

Esta Autorización expira en 90 días, a menos que por otra parte no notado aquí:

(Inserte el acontecimiento aplicable o la fecha ? mm/dd/yy) la Nota: Si un acontecimiento de expiración es usado, el acontecimiento debe estar relacionado con el Consumidor o el objetivo del uso o revelación.

#### **SECCIÓN E: OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Entiendo que el Abastecedor no puede garantizar que el Recipiente no revelará de nuevo mi información de salud a un tercero. El Recipiente puede no ser sujeto a leyes federales la intimidad gobernante de la información de salud. Sin embargo, si la revelación consiste en la información de tratamiento sobre un consumidor en un alcohol federalmente asistido o programa de consumo de drogas, el Recipiente es prohibido conforme a la ley federal de hacer alguna otra revelación de tal información a menos que la revelación adicional sea expresamente la ondulación permanente

Entiendo que puedo rechazar firmar esta Autorización y que mi respuesta negativa de firmar no afectará mi capacidad de obtener el tratamiento (o pago, si aplicable) de la Salud Behaviorística Davis, menos cuando soy (i) tratamiento relacionado con la investigación que recibe (o ii) asistencia médica de recepción únicamente para la creación de la información para la revelación a un tercero. Si de estas excepciones se aplican, mi respuesta negativa de firmar una autorización resultará en mi tratamiento que no obtiene (o pago, si aplicable) de Salud Behaviorística Davis.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, salvo que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por el Abastecedor en la confianza en esta Autorización antes de que el aviso escrito de la revocación sea recibido por el Abastecedor. Adelante entiendo que esto debo proporcionar cualquier aviso de la revocación por escrito a la Intimidad Oficina en Salud Behaviorística Davis. La dirección de la Oficina de Intimidad es 291 200 Oeste del Sur, Farmington, UT 84025.

**Este párrafo es sólo aplicable a ciertas Autorizaciones de revelar la información de salud para objetivos de mercadotecnia:** entiendo que la Salud Behaviorística Davis puede, directamente o indirectamente, recibir la remuneración de un tercero partido en relación a las actividades de mercadotecnia emprendidas por Salud Behaviorística Davis.

El Davis Salud Behaviorística por este medio se liga para salvaguardar los archivos y no revelar de nuevo cualquier archivo médico en violación de ley.

Entiendo que si soy una medicina y/o el paciente de alcohol, que la Salud Behaviorística Davis debe obtener un específico

- a. autorización para cada revelación de mis archivos excepto:for internal program purposes;
- b. para emergencias médicas;
- c. en respuesta a la revelación pedida por tribunal después de que he tenido una oportunidad de responder al tribunal;
- d. cuando he cometido o amenaza con cometer un delito;
- e. cuando la revelación es para auditorías gubernamentales u objetivos de investigación; o
- f. cuando el reportaje es requerido conforme a la ley estatal para el abuso de niño.

**Davis Aviso de Nueva revelación de Abuso de Sustancia de Salud Behaviorístico  
PROHIBICIÓN CONTRA NUEVA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

- Este aviso acompaña una revelación de información acerca de un consumidor en un alcohol o programa de tratamiento de consumo de drogas, hecho a usted con el consentimiento de tal consumidor.
- Esta información le ha sido revelada de archivos protegidos por reglas de confidencialidad federales que gobiernan medicina federalmente asistida o programas de abuso de alcohol (42 C.F.R., la Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer alguna otra revelación de esta información a menos que la revelación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien esto pertenece o como por otra parte permitido por 42 C.F.R., la Parte 2. Una autorización general para la liberación de la información médica u otra no es suficiente para este objetivos.
- Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar de manera criminal o procesar cualquier alcohol o consumidor de consumo de drogas.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización. He tenido una oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o la revelación de mi información de salud.

\_\_\_\_\_  
La firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre lleno del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo de empleado/

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Relación a cliente

**\* Cuando el cliente no es competente de dar el consentimiento, la firma de un padre, guarda, o requieren a otro representante legal autorizado.**

\_\_\_\_\_  
Firma de representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación a cliente