

**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD  
PARA FINES QUE NO SEAN DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Nombre anterior: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN A: USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Autorizo a Davis Behavioral Health ("DBH") a utilizar y divulgar mi información de salud a los **Destinatarios** que se nombran a continuación. También doy mi autorización expresa a DBH para utilizar y divulgar cualquier información confidencial que yo haya compartido con el equipo de tratamiento de DBH.

**Destinatarios:**

Nombre en letra de imprenta u Organización \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado, código postal impresos \_\_\_\_\_

Número de teléfono impreso \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: INFORMACIÓN ESPECÍFICA A COMPARTIR**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación/valoración psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Resumen de alta                                 |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento              | <input type="checkbox"/> Registro de trastorno por consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Historial de medicación            |  |

Seleccione:

- Solo comunicación verbal  
 Comunicación verbal y envío de registros lo antes posible  
 Comunicación verbal lo antes posible, pero envío de registros en otro momento (cuando yo lo notifique)  
 Carta o formulario firmado por mi proveedor  
Enviar solo registros

**Nota:** Los registros no tendrán costo hasta las primeras 10 páginas. Luego, al paciente se le cobrará \$0.50 por cada página adicional. Solo se enviarán los últimos dos años de registros a los destinatarios, a menos que el paciente escriba otro rango de fechas aquí: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN C: PROPÓSITO DEL USO Y DE LA DIVULGACIÓN**

- El paciente realizó esta solicitud y no quiere declarar cuál es el propósito.  
*Nota: Esta casilla no se debe tildar si la información se relaciona con los servicios del trastorno por consumo de sustancias.*
- Otro: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN D: VENCIMIENTO**

Esta Autorización estará vigente hasta que reciba el alta del tratamiento, a menos que escriba otra fecha u otro evento aquí: \_\_\_\_\_

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a la recepción de cualquier instalación de DBH o mediante un correo a la Oficina de Registros Médicos - Especialista HIPPA a 934 S Main Street, Layton, UT 84041. Sin embargo, mi revocación no influirá sobre ninguna acción que el DBH haya llevado a cabo antes de haber recibido mi aviso por escrito.

## SECCIÓN E: OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

- La información de salud incluye información de salud de carácter personal y protegida según lo definido por las regulaciones de privacidad correspondientes, lo que incluye la "Confidencialidad de los registros de pacientes con trastorno por consumo de sustancias" y la "Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos".
- Puedo elegir no firmar esta Autorización y esto no afectará el tratamiento que reciba en DBH.
- DBH no puede garantizar que el Destinatario no vaya a volver a divulgar mi información de salud. El Destinatario puede o no estar sujeto a regulaciones de privacidad. Cualquier divulgación autorizada de información de salud que se relacione con los servicios de trastornos por consumo de sustancias deberá incluir el siguiente aviso:

**Aviso de divulgación posterior de trastorno por consumo de sustancias de Davis Behavioral Health  
PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

- Este aviso acompaña la divulgación de información que corresponda a un paciente en un programa de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias, y que usted haya hecho por la autorización de dicho paciente o según lo autorizado por las regulaciones federales.
- Las regulaciones federales prohíben que usted haga cualquier divulgación posterior de esta información a menos que el paciente lo haya autorizado o según lo permitido por 42 CFR Parte 2.
- Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **no** es suficiente para este propósito.
- Las regulaciones federales prohíben que la información se utilice para una investigación o juicio criminal de cualquier paciente con servicios de trastorno por consumo de sustancias.

He leído y entendido los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal/del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

En caso de que el paciente no sea capaz de firmar esta Autorización (por ejemplo, por una incapacidad), se requerirá la firma de un padre, tutor u otro representante legal.

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Nombre del representante en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_