

**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD
PARA FINES QUE 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:

Individuos y organizaciones que ofrecen tratamiento, pago y apoyo operacional para mi atención

Nombre en letra de imprenta u Organización _____

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

Nota: DBH solo enviará los últimos dos años de registros a los destinatarios, a menos que yo escriba otro rango de fechas aquí: _____

SECCIÓN C: PROPÓSITO DEL USO Y DE LA DIVULGACIÓN

- Operaciones de tratamiento, pago y atención médica (“TPO”, por sus siglas en inglés)

Nota: La autorización firmada por el paciente solo se requiere para la divulgación de TPO de información de salud que se relacione con los servicios por trastornos por consumo de sustancias. Cualquier otra divulgación de información de salud para fines de TPO se puede realizar sin la autorización específica del paciente. Consulte 45 CFR 164.506.

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: _____