

Davis Behavioral Health
AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

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 el uso y la divulgación de mi información de salud por parte de:

NOMBRE DE LA PERSONA O DE LA ORGANIZACIÓN QUE ENVÍA LA INFORMACIÓN

Nombre en letra de imprenta u Organización

Dirección, ciudad, estado, código postal impresos Número de teléfono impreso

Para enviar a (tildar una opción):

_____ Davis Behavioral Health, consultorio Layton ATTN: _____
2250 North 1700 West
Layton, UT 84041
(801) 773-7060

_____ Davis Behavioral Health, consultorio Main Street ATTN: _____
934 South Main Street
Layton, UT 84041
(801) 773-7060

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"/> Análisis |
| <input type="checkbox"/> Historial de medicación | <input type="checkbox"/> Historial clínico y físico |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

SECCIÓN C: PROPÓSITO DEL USO Y DE LA DIVULGACIÓN

- Coordinación de la atención
- 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: _____