



AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O UTILIZAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

La terminación de este formulario autoriza la divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI) y la información de la escuela como se describe a continuación, lo cual es consistente con las leyes federales (1) y estatales (2) concernientes a la privacidad de dicha información. La información no puede ser revelada sin su consentimiento por escrito. Todos los elementos deben completarse para que la autorización sea válida.

Tengo entendido que Didi Hirsch podría rechazar esta solicitud en circunstancias limitadas según lo dispuesto de acuerdo con las leyes federales y de California que protegen la privacidad de la información médica. Además, tengo entendido que, salvo lo permitido de acuerdo con la ley, tengo derecho a hacer que un profesional autorizado de la salud seleccionado por Didi Hirsch que no haya participado en la decisión de la agencia de rechazar mi solicitud revise un rechazo de mi solicitud.

Tengo entendido que Didi Hirsch Mental Health Services me notificará su decisión de aprobar o rechazar el acceso antes de haber transcurrido cinco (5) días hábiles desde la recepción de mi solicitud por escrito. Tengo entendido que si se aprueba mi solicitud de información, se pondrá a mi disposición una copia antes de haber transcurrido diez (10) días hábiles desde la aprobación.

Tengo entendido que si solicito un resumen de mi información médica, podré inspeccionar u obtener una copia del resumen antes de haber transcurrido diez (10) días hábiles desde la fecha de recepción de mi solicitud. Si Didi Hirsch necesita más tiempo para preparar el resumen debido al tamaño del archivo o debido a que el cliente fue dado de alta de Didi Hirsch diez (10) días o menos antes de la recepción de mi solicitud, se me notificará y la agencia podría tener hasta treinta (30) días desde la fecha de recepción de mi solicitud para poner a mi disposición el resumen.

Por favor, proporciónenos la siguiente información para que podamos servirle mejor.

¿Actualmente es cliente? **Si** **No**

Cliente:

Nombre del cliente/Nombres previos

Fecha de nacimiento

DMH ID#

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

AUTORIZA A DIVULGAR LA
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE:

LA INFORMACIÓN PROTEGIDA
SE LE CONFÍA A:

Nombre de la persona/Agencia

Nombre de la persona/Agencia

Nombre de la persona de contacto

Nombre de la persona de contacto

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono/Número de FAX

Teléfono/Número de FAX

Marque aquí solamente si está autorizando la transferencia bi-direccional de información entre las dos entidades enumeradas anteriormente.

INFORMACIÓN A DIVULGAR

Autorizo específicamente a Didi Hirsch a divulgar los siguientes tipos de información de salud protegida (marque todos los que correspondan):

Notas de Progreso	Descripción del comportamiento y/o evaluación de comportamiento intermitente
Resumen de servicios recibidos	Resultados de la prueba Psicológico – Resumen
Plan de tratamiento	Resultados de la prueba Psicológico – Copia
Información de Alta	Aptitud escolar
Diagnóstico Médico/Condiciones, incluyendo códigos ICD	Medicamentos: Historia de y actuales
Resultados de Laboratorio/Pruebas	
Datos de asistencia	
Otro (especificar):	

AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:

Nota: No se divulgará información sobre el uso de sustancias o alcohol, VIH/SIDA y/o información sobre salud sexual o reproductiva a menos que lo solicite específicamente marcando la(s) casilla(s) aquí:

Uso de Alcohol	Uso de Sustancias	VIH/SIDA
Aborto	Cuidado de Salud Reproductiva	Cuidado de Afirmación de Género

FECHAS DE ARCHIVOS PARA DIVULGAR:

De: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Legal	Personal
Planificación del tratamiento	Solicitud de cumplimentación de formulario(s)
Otro (especificar):	

FECHA DE VENCIMIENTO:

Esta autorización es válida desde: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____
No se podrá exceder más de 1 año a partir del día que se firmó

RESTRICCIONES

Entiendo que las leyes federales y de California prohíben que la persona que divulgue esta información otorgue más información respecto de mi estado de salud a menos que esa persona obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación sea requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a recibir a copia firmada de esta autorización.

Derecho a revocar esta autorización. Puedo utilizar la revocación de autorización al final de este formulario o presentar una revocación propia por escrito, firmada por mi persona o en mi nombre y enviarla a mi proveedor de servicio. Mi revocación se hará efectiva al momento de ser recibida, pero no lo será en la medida en que el solicitante ya haya utilizado mi información.

Condiciones: Entiendo que Didi Hirsch MHS no podrá condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad a beneficios a menos que yo proporcione o rechace otorgar esta información. Sin embargo, en ciertas circunstancias se me puede negar el tratamiento si no proporciono o me rehúso a proporcionar esta información. (En otras palabras, si esta autorización está relacionada con una investigación que se vincule con el tratamiento, usted no lo recibirá a menos que se firme este formulario de autorización).



AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O UTILIZAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

He tenido la posibilidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja mis intenciones con exactitud.

Preferiría que los registros solicitados se enviaran a través de:

Correo electrónico cifrado

Enviar por correo

Mandar por fax

Recogida en persona

Otro método electrónico (por ejemplo, Portal del Cliente)

Otro (especificar):

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Cliente (impreso):

Firma de Representante Legal

Fecha

Nombre de Representante Legal (impreso):

Si es firmado por otra persona que no sea el cliente, especifique la relación con este:

Los proveedores no tienen derecho a divulgar registros médicos a los padres sin el consentimiento del menor (12 años o más). El proveedor solo puede compartir los registros médicos del menor con una autorización firmada del menor. (Cal. Heath & Saf. Code 12311(a), 123115(a)(1); Cal. Civ. Code 56.10, 56.11, 56.30; Cal. Welf. & Inst. Code 5328)

Firma del testigo/Nombre en letra de imprenta

(Firma del testigo requerida SOLO si se divulga información sobre VIH/SIDA.)

Fecha

Esta autorización fue traducida a: para el cliente.

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN

FIRMA DEL CLIENTE/REPRESENTANTE LEGAL:

Si es firmado por otra persona que no sea el cliente, especifique relación y autoridad para firmarlo:

Fecha: / /

¹Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA") de 1996 (CFR 45, Partes 160 y 164)

¹Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) de 1974 Regulación Federal (U.S.C. 20 § 1232g; CFR 34 §99)

²Sección 5328 del Código de Bienestar e instituciones de California.