

**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.

**SOLICITUD DEL CLIENTE PARA ACCEDER A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés)**

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**

Completar este formulario autoriza a divulgar su Información Protegida de Salud (IPS) y su historia académica tal como se detalla abajo; en conformidad con las leyes federales<sup>1</sup> y estatales<sup>2</sup> respecto a la privacidad de este tipo de información que no puede ser divulgada sin su autorización por escrito. Todos los campos deben ser completados para que esta autorización sea válida.

<b>Cliente:</b> _____ <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;">Nombre del cliente/Nombres previos</div>	<div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;">Fecha de nacimiento</div>	<div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;">DMH ID#</div>
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	
<b>AUTORIZA A DIVULGAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE:</b>	<b>LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SE LE CONFÍA A:</b>	
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 esta autorizando la transferencia bi-direccional de información entre las dos entidades enumeradas anteriormente.**

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O UTILIZAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA**

**INFORMACIÓN A DIVULGAR: (marque lo que corresponda)**

- Resumen de servicios recibidos
- Resultados del Test Psicológico-RESUMEN
- Datos de asistencia
- Aptitud escolar
- Medicamentos: Historia de y actuales
- Resultados de estudios medicos
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_
- Plan de tratamiento
- Resultados del Test Psicológico - COPIA
- Descripción del comportamiento y/o evaluación de comportamiento intermitente
- Informacion de altas de servicios
- Diagnosi Medica/Condiciones, incluyendo codigos ICD
- Estudios de imagen

**FECHAS DE ARCHIVOS PARA DIVULGAR:** DE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS:**

**La siguiente información no puede ser divulgada a menos que usted la autorice específicamente al marcar los siguientes campos con iniciales.**

\_\_\_\_\_ Autorizo específicamente a divulgar la información relativa a diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas y alcohol. CFR 42§§2.34 y 2.35.

\_\_\_\_\_ Autorizo específicamente a divulgar información relativa a pruebas para detectar VIH/SIDA Cal. Código de seguridad & salud de California § 120980 (g).

*Debe obtener la firma de un testigo al autorizar la divulgación de información sobre el VIH/SIDA. Se debe obtener una nueva autorización para cada uso adicional o divulgación de una información sobre el VIH/SIDA.*

**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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**No se podrá exceder más de 1 año a partir del día que se firmó**

**Iniciales del cliente:** \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES**

Entiendo que las leyes federales y de California prohíben que la persona que divulgue esta información otorgue mayor 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.

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O UTILIZAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA**

**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).

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
- Otro método electrónico (por ejemplo, Portal del Cliente)
- Orto: debe especificar
- Enviar por correo
- Recogida en persona
- Mandar por fax

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
Fecha

Esta autorización fue traducida al \_\_\_\_\_ 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: /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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.Code5328

<sup>1</sup>Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA") de 1996 (CFR 45, Partes 160 y 164)  
<sup>1</sup>Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) de 1974 Regulación Federal (U.S.C. 20 § 1232g; CFR 34 §99)  
<sup>2</sup>Sección 5328 del Código de Bienestar e instituciones de California.

**Se proporcionó al cliente una copia de esta solicitud de registros.**