

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O UTILIZAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

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 federales¹ y estatales² 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.

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 esta autorizando la transferencia bi-direccional de información entre las dos entidades enumeradas anteriormente.

INFORMACIÓN A DIVULGAR: (marque lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de servicios recibidos | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Resultados del Test Psicológico-RESUMEN | <input type="checkbox"/> Resultados del Test Psicológico - COPIA |
| <input type="checkbox"/> Calificaciones Escolares | <input type="checkbox"/> Descripción del comportamiento y/o evaluación de comportamiento intermitente |
| <input type="checkbox"/> Copias de Planes de Educación Individual (IEPs) | <input type="checkbox"/> Suspensiones, expulsiones y registro de asistencia escolar |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos: Historia de y actuales | <input type="checkbox"/> Diagnóstico Médico/Condiciones, incluyendo códigos ICD |
| <input type="checkbox"/> Resultados de estudios médicos | <input type="checkbox"/> Estudios de imagen |
| <input type="checkbox"/> Datos de asistencia | <input type="checkbox"/> Verificación de empleo |
| <input type="checkbox"/> Aptitud escolar | <input type="checkbox"/> Información de altas de servicios |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ | |

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.

- _____ Autorizo específicamente a divulgar la información relativa a diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas y alcohol. Debido a la crisis de COVID-19, el cliente proporcionó autorización verbal para divulgar información de diagnóstico o tratamiento de abuso de drogas y alcohol, reflejada solo en una casilla marcada.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O UTILIZAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

____ Autorizo específicamente la divulgación de información sobre pruebas de VIH / SIDA

California. Código de Salud y Seguridad § 120980 (g). Debido a la crisis de COVID-19, el cliente proporcionó autorización verbal para la divulgación de información sobre las pruebas de VIH / SIDA, que se refleja solo en una casilla marcada.

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN: Servicios coordinados Solicitud del cliente Plan de tratamiento

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: _____

El cliente proporcionó autorización verbal debido a la crisis de COVID-19, reflejada solo en una casilla marcada.

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.

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.

Firma del cliente/Representante personal

Fecha

Nombre del Cliente (impreso): _____

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

Esta solicitud de PHI se recibió de manera no estándar debido a la crisis de COVID-19. El cliente / cuidador proporcionó consentimiento / autorización verbal para esta solicitud de información protegida. El cliente / cuidador no puede firmar debido a las recomendaciones de las agencias de salud pública con respecto al contacto cara a cara relacionado con COVID-19. La casilla marcada refleja la autorización del cliente para esta solicitud.

Firma del testigo/Nombre en letra de imprenta:

Fecha

Esta autorización fue traducida al _____ para el cliente

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR O UTILIZAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

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:

Revocación de la autorización solicitada por el cliente / representante legal / cuidador verbalmente debido a la crisis COVID-19, reflejada en la casilla marcada. El cliente / representante legal / cuidador no puede firmar debido a las recomendaciones de las agencias de salud pública con respecto al contacto cara a cara relacionado con COVID-19.

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.