

CHL: Autorización para la divulgación de información

Dirección de la casa del cliente

Nombre del cliente:

ID del cliente:

Fecha de nacimiento:

Calle 1:

Calle 2:

APT/Suite:

Ciudad:

Estado o provincia

Código postal:

Teléfono de la casa del cliente:

Al firmar esta Autorización, autorizo el uso y acceso y/o divulgación de información confidencial y/o información de salud protegida perteneciente a mí o al cliente mencionado anteriormente —de quien soy padre, madre, tutor legal, apoderado de atención médica designado u otro representante legal para atención médica— la cual es mantenida por: **Community Healthlink, Inc.**

La Autorización se aplica a los servicios que recibí en los siguientes programas de CHL (marcar uno):

Si corresponde, se DEBEN incluir los programas que reciben asistencia federal para el tratamiento por adicción a sustancias.

Todos los programas en CHL

Solo los programas incluidos a continuación

Nombre(s) del programa:

Mi salud y otra información protegida puede (marcar todo lo que corresponda):

Divulgarse a Obtenerse de Permitir comunicación recíproca

Nombre y función de la persona autorizada:

Dirección de la persona autorizada:

Teléfono de la persona autorizada:

Fax de la persona autorizada:

Esta autorización corresponde a las siguientes fechas de servicio:

(si no se especifica nada, esta Autorización se considerará válida para todas las fechas de servicios)

PROPÓSITO DEL USO O DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Propósito del uso o de la divulgación de información (marcar uno):

- Iniciado por el cliente, y el cliente opta por no divulgar su propósito**
- Coordinación del tratamiento** **Planificación del tratamiento** **Otro**

ALCANCE DEL USO O DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

Entiendo que mi expediente de salud puede incluir información relacionada con mi salud mental, trastorno por consumo de sustancias o alcohol, agresión sexual, enfermedades de transmisión sexual, aborto, pruebas genéticas, VIH o SIDA, violencia doméstica u otra información que se puede considerar confidencial. Usted debe marcar la casilla junto a los tipos de contenido a continuación que pueden compartirse con terceros o aquella información que NO puede divulgarse.

- Aborto Resultados de pruebas de detección genéticas Terapia por agresión sexual
- Terapia por violencia doméstica Resultados de pruebas de VIH/SIDA Enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Detalles de diagnóstico y/o tratamiento de salud mental proporcionado por un psicólogo, psiquiatra, enfermera de práctica avanzada clínica de salud mental, asesor autorizado de salud mental o trabajador social autorizado.
- Trastorno por consumo de sustancias o alcohol; debe especificar el tipo exacto de la información que se necesita: **Diagnóstico**
- Pronóstico** **Tratamiento** **Identidad** **Otro:**
- Otro (especificar):

VENCIMIENTO

Incluir evento o fecha correspondiente (mm/dd/aa) que no exceda un año posterior a la fecha de la firma. Comprendo que, si no se especifica una fecha, esta autorización caduca un año después de la fecha de mi firma.

Fecha de vencimiento:

Otra información importante

1. Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negación a firmarla no afectará mi capacidad de obtener tratamiento (o pago, si corresponde) de Community Healthlink, salvo cuando estoy (i) recibiendo tratamiento relacionado con una investigación o (ii) recibiendo atención médica solamente por el propósito de crear información para la divulgación a un tercero o (iii) recibiendo tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias de un programa con asistencia federal, el cual requiere autorización para mi seguro médico a fin de contar con los servicios pagados por el seguro. Si se aplica cualquiera de estas excepciones, mi negación para firmar una autorización puede resultar en la no obtención del tratamiento (o pago, si corresponde) por parte de Community Healthlink.

2. Yo entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento, excepto que la anulación no tendrá efecto alguno sobre cualquier acción tomada por Community Healthlink en función de esta autorización, hasta que Community Healthlink reciba la notificación por escrito de la anulación. Entiendo además que debo proporcionar cualquier aviso de anulación por escrito a: Privacy Officer, 72 Jaques Avenue, Worcester, MA 01610.

3. Yo entiendo que la información protegida por las regulaciones federales de confidencialidad de tratamiento para trastornos de adicción a sustancias (CFR 42 parte 2) no pueden ser divulgadas por la persona autorizada identificada sin mi autorización expresa por escrito. Las regulaciones federales prohíben a la persona autorizada que recibe esta información de hacer cualquier divulgación posterior de la información en este expediente que identifique a un paciente como alguien que tiene o ha tenido un trastorno por adicción o consumo de sustancias ya sea directamente, por referencia a información públicamente disponible o a través de verificación de tal identificación por otra persona a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por la autorización por escrito de la persona cuya información se divulga o que de otro modo esté permitido por CFR 42 parte 2.

4. La información de salud incluye información recogida acerca de mí o creada por Community Healthlink, o información recibida por Community Healthlink de otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o centro de intercambio de información sobre servicios médicos. La información de salud puede estar relacionada con mi salud mental o física o con trastornos pasados, presentes o futuros; con la prestación de servicios de salud; o con el pago por mis servicios de salud.

5. Yo entiendo que una vez que la información que he autorizado a Community Healthlink a divulgar a la persona autorizada mencionada anteriormente, CHL ya no podrá aceptar responsabilidad por la privacidad de la información, y no hay garantías de que la información estará protegida por HIPAA u otras normas federales y estatales de privacidad.

6. Yo entiendo que se me ofrecerá una copia de esta Autorización, una vez completada.

Yo leí y entendí los términos de esta Autorización. Yo tuve la oportunidad de realizar preguntas sobre el uso o divulgación de mi información de salud u otra información designada. Si la firma es electrónica, mi firma electrónica (e-signature) se considerará igual de válida que la firma original.

Tutor legal o apoderado

Si el cliente tiene un tutor legal o apoderado (marcar uno):

- Copia de documentación adjunta a la autorización Documentación en expediente
 N/A

Firma del cliente/padre/madre/tutor legal: Escriba su nombre a continuación si está de acuerdo con la autorización

Firma:

Fecha de la firma: Escriba la fecha a continuación

Fecha: