

## Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. ID cliente: \_\_\_\_\_  
mm-dd-aaaa

Autorizo a **Clarvida** a divulgar y/o recibir información relativa a la persona antes mencionada de y/o a:

**Nombre de la persona o del grupo:** \_\_\_\_\_ **Agencia/relación:**  
**(información de contacto según sea necesario)** \_\_\_\_\_

Objeto de la divulgación de la información (descrita de la forma más específica posible):

- Coordinación de atención     Compensación al trabajador     Determinación de discapacidad     Personal  
 Reclamo de seguro     Legal     Otro: \_\_\_\_\_

Información adicional sobre el objeto: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Información que Clarvida debe <b>divulgar a la entidad mencionada anteriormente</b>		<input type="checkbox"/> Información que Clarvida debe <b>recibir de la entidad mencionada anteriormente</b>	
<input type="checkbox"/>	Fechas de participación	<input type="checkbox"/>	Fechas de participación
<input type="checkbox"/>	Evaluaciones	<input type="checkbox"/>	Evaluaciones
<input type="checkbox"/>	Evaluaciones diagnósticas	<input type="checkbox"/>	Evaluaciones diagnósticas
<input type="checkbox"/>	Evaluaciones psicológicas	<input type="checkbox"/>	Evaluaciones psicológicas
<input type="checkbox"/>	Planes de tratamiento/planes de servicio	<input type="checkbox"/>	Planes de tratamiento/planes de servicio
<input type="checkbox"/>	Planes de crisis	<input type="checkbox"/>	Planes de crisis
<input type="checkbox"/>	Notas/informes de progreso	<input type="checkbox"/>	Notas/informes de progreso
<input type="checkbox"/>	Resumen de alta	<input type="checkbox"/>	Resumen de alta
<input type="checkbox"/>	Informes médicos	<input type="checkbox"/>	Informes médicos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Medicamentos
<input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/>	Registros educativos	<input type="checkbox"/>	Registros educativos
<input type="checkbox"/>	Documentos de tutela	<input type="checkbox"/>	Documentos de tutela
<input type="checkbox"/>	Comunicaciones escritas y verbales	<input type="checkbox"/>	Comunicaciones escritas y verbales
<input type="checkbox"/>	Otra: _____	<input type="checkbox"/>	Otra: _____
<input type="checkbox"/>	Otra: _____	<input type="checkbox"/>	Otra: _____

## Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida

Información adicional sobre divulgaciones o restricciones de comunicación: \_\_\_\_\_

Este consentimiento vence el: \_\_\_\_\_  
*(Describa la fecha, el evento o la condición en la que vencerá el consentimiento, sin exceder un año de la fecha de la firma, según corresponda)*

Este formulario implementa los requisitos para la autorización del consumidor para utilizar, divulgar e intercambiar información de salud protegida por la ley federal de privacidad de la salud (45 C.F.R. partes 160, 164), la ley federal de confidencialidad de drogas y alcohol (42 C.F.R. parte 2) y las leyes estatales de confidencialidad que rigen los servicios médicos, de salud mental, de discapacidades del desarrollo y de abuso de sustancias.

Una vez que se divulga la información de conformidad con esta autorización firmada, comprendo que es posible que las leyes federales de privacidad de la salud (45 C.F.R. Parte 164 o 42 C.F.R. Parte 2) que protegen la información de salud no cubran al destinatario de la información y, por lo tanto, es posible que no prohíban que el destinatario la vuelva a divulgar. Sin embargo, es posible que otras leyes prohíban la divulgación posterior. Cuando Clarvida divulga información sobre salud mental y conductual o discapacidades del desarrollo protegida por la ley estatal o información sobre tratamiento por abuso de sustancias protegida por la ley federal (42 C.F.R. Parte 2), se informa al receptor de la información que la divulgación posterior está permitida o prohibida de acuerdo con estas dos leyes.

**Registros educativos:** Los documentos (que incluyen algunos documentos de tratamiento) que se consideran registros educativos están protegidos por la FERPA (Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar; 34 CFR Parte 99) y las leyes estatales de confidencialidad. La información identificada como registros educativos se divulgará de acuerdo con dichas regulaciones.

Autorizo el uso/divulgación/intercambio de información incluida en mi historia clínica relacionada con el diagnóstico y tratamiento de salud mental.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

Autorizo el uso/divulgación/intercambio de información incluida en mi historia clínica relacionada con mi trastorno y mi tratamiento por consumo de sustancias (para programas de abuso de sustancias protegidos por la Parte 2 del Título 42 del CFR).

\_\_\_\_\_ (iniciales)

Autorizo el uso/divulgación/intercambio de información incluida en mi historia clínica relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA (CRS), y/o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Es posible que reciba una atención más completa si divulga esta información, pero puede ser víctima de discriminación si se utiliza indebidamente.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

Autorizo el uso/divulgación/intercambio de información incluida en mi historia clínica relacionada con información genética.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

Autorizo el uso/divulgación/intercambio de información incluida en mi historia clínica relacionada con mi atención de la salud reproductiva.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

## Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida

Comprendo que puedo consultar mis historias clínicas si lo solicito en cualquier momento razonable, incluso antes de la divulgación autorizada de dichas historias clínicas.

Comprendo que la negativa a dar consentimiento a la divulgación de toda o parte de mi información de atención de la salud puede no ser una condición para obtener tratamiento, a menos que la ley estatal permita lo contrario. Sin embargo, la negativa puede dar lugar a un diagnóstico o tratamiento inadecuado, el rechazo de la cobertura o de un reclamo de beneficios de salud u otros seguros, u otras consecuencias adversas. No se me rechazarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación de información para otros fines.

En caso de conflicto entre alguna disposición de este formulario y cualquier ley aplicable, prevalecerá la ley.

**Revocación de la autorización:** Comprendo que tengo derecho a revocar (o cancelar) esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito completando y firmando un Formulario de Revocación de Autorización que puedo obtener y entregar a mi proveedor o al Funcionario de Privacidad del Estado en su oficina local de Clarvida. Comprendo que mi revocación puede ser motivo de rechazo de beneficios de salud u otras coberturas o beneficios de seguro. Comprendo que la revocación no cubrirá la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Para las historias clínicas de tratamiento por abuso de sustancias cubiertas por la Parte 2 del Título 42 del CFR, la regulación prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de dichas historias clínicas.

Corresponde lo siguiente:

- Comprendo que mis historias clínicas de trastornos por consumo de sustancias están protegidas por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad y las historias clínicas de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.
- Comprendo que si el destinatario de mis historias clínicas de trastornos por consumo de sustancias está cubierto por el consentimiento que otorgué para el uso/divulgación de historias clínicas para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud, la información autorizada en este consentimiento puede ser divulgada nuevamente para esos fines de acuerdo con las autorizaciones incluidas en las regulaciones de la HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos contra el paciente.
- Comprendo que es posible que se me rechacen los servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación de información con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud, si lo permite la ley estatal.

## Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida

**Para padres/madres/tutores de menores:** Si el menor dio su consentimiento para la atención, Clarvida no puede divulgar ninguna información sobre su atención de la salud a menos que el menor dé su consentimiento para dicha divulgación. Si el menor no puede dar su consentimiento para la atención, cualquier autorización para divulgar información a terceros debe estar firmada por el padre/madre/tutor/representante legal.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre del parente/madre/tutor/representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del parente/madre/tutor/representante legal \*

\_\_\_\_\_  
Firma/relación del testigo

\*Describa la autoridad para firmar en nombre del cliente \_\_\_\_\_

**Una copia de este formulario es tan válida como el original para permitir la divulgación de mis historias clínicas y puedo solicitar una copia en cualquier momento. En el caso de los programas de tratamiento por abuso de sustancias, este formulario debe acompañar cualquier divulgación de información sobre abuso de sustancias de acuerdo con el consentimiento indicado en este formulario.**