

## AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**MIS DERECHOS:** Puedo negarme a firmar esta autorización. Esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento ni mi elegibilidad para los beneficios.

Entiendo que si autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a una persona que no está dentro de la cobertura de las leyes de confidencialidad (por ejemplo, un familiar), es posible que esa persona divulgue mi información a otra persona. Entiendo que mis registros de tratamientos para el consumo de drogas y alcohol están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la *Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records* (Confidencialidad de los Registros de Consumo de Alcohol y Drogas de los Pacientes), Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2, y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la normas dispongan lo contrario.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Dicha revocación entrará en vigencia cuando se reciba su solicitud, excepto en la medida que otros hayan actuado conforme a esta autorización. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse por correo a la dirección que figura en la parte superior de este formulario. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

**OBJETIVO:** El objetivo de la autorización es permitir que NOMBRE DEL PROGRAMA y la entidad que se menciona debajo intercambien información que necesitan para coordinar mis servicios o mi tratamiento, o los de mi hijo, lo que puede incluir, entre otros, planes de tratamiento, diagnósticos o tipo de servicios prestados.

### USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
Nombre del cliente o del tutor legal

autorizo el intercambio de información, la cual puede incluir información de salud protegida, entre las personas, los proveedores o las organizaciones que se mencionan a continuación:

\_\_\_\_\_  
Organización o persona

\_\_\_\_\_  
Organización o persona

y

\_\_\_\_\_  
Dirección/número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección/número de teléfono

**Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial (marque las casillas que correspondan):**

- |   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Información sobre tratamientos de salud mental | <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Escuela                                   |
| <input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos                 | <input type="checkbox"/> VIH   | <input type="checkbox"/> Tratamiento para el consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Otro/especifique: _____                        |                                |  |

**OBJETIVO:** Objetivo del uso o la divulgación solicitados:  Solicitud del cliente  Otro:

**VENCIMIENTO:** Esta autorización vence el día: \_\_\_\_\_ O  un año después de la fecha de la autorización

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**Si la firma no pertenece al cliente, indique su relación legal con el cliente:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**El curador o tutor legal debe proporcionar una copia (en el plazo de un año) de los documentos de la designación actual.**