**Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido del Cliente Nombre del Cliente Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Autorizo el intercambio de información con la siguiente persona/agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Condado Estado Código Postal

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numbero de Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­

**COMUNICACIÓN**

Autorizo los siguientes métodos de comunicación para los fines marcados a continuación. Entiendo que esto incluye una discusión sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, si corresponde.

[ ]  Correo (Carta) [ ]  Electrónico (Correo electrónico)[ ]  Verbal (persona o Teléfono) [ ]  Televideo (El proveedor puede participar a través de una plataforma ofrecida por una entidad externa, como una escuela, que puede no cumplir con todas las pautas de HIPAA)

**PROPÓSITO O NECESIDAD DE LA DIVULGACIÓN: incluirá la evaluación/coordinación de cuidado, además de lo siguiente::**

[ ]  Procedimientos legales [ ]  Colocación escolar [ ]  Autorización / Facturación de los servicios de tratamiento

[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES – la información identificada se divulgará a menos que haya restricciones específicas enumeradas aquí:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TÉRMINO - Entiendo que esta autorización caducará (Marque uno):**

[ ]  1 año a partir de la fecha de firma

[ ]  1 año a partir de la fecha de firma (no exceder 1 año a partir de la fecha de firma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Sobre el siguiente evento específico :

Entiendo que es mi responsabilidad informar al Secretario de Registros Médicos de FSGC cuando haya ocurrido el evento señalado. Si el evento no ha ocurrido en un año a partir de la fecha de firma, esta autorización caducará automáticamente.

**Autorizo Family Service & Guidance Center, Inc. para liberar u obtener los siguientes documentos escritos:**

***((Por favor, solo complete esta casilla si desea que se liberen u obtengan REGISTROS.)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liberar** | **Obtener** |  |  | **Liberar** | **Obtener** |  |
|[ ] [ ]  Informe(s) de evaluación de admisión |  |[ ] [ ]  Notas de progreso (marque todas las necesarias) |
|[ ] [ ]  Informe de solo diagnóstico |  |  ( □ Terapia □ CBS □ Exención □ Crisis □ SUD □ Psiquiatría)  |
|[ ] [ ]  Informe(s) del plan de tratamiento |  | Fechas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|[ ] [ ]  Informe(s) de Consulta Médica Psiquiátrica |  |[ ] [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|[ ] [ ]  Informe(s) de Evaluación Psicológica Clínical |  | N/A |[ ]  IEP |
|[ ] [ ]  Informe(s) resumido(s) de alta |  | N/A |[ ]  Grados |
|[ ] [ ]  Informe(s) de detección de hospitalización |  | N/A |[ ]  Asistencia |
|[ ] [ ]  Informes de revisión de 90 días |  |  |  |  |
|[ ]  ☐ | Informe(s) de trastorno del aprendizaje |  |[ ]  N/A | Información de contacto del equipo de tratamiento del cliente con la escuela |
|[ ]  □ | Evaluación(es) del trastorno por uso de sustancias |  |  |  |  |

**LEA ATENTAMENTE:**

* Entiendo que bajo las disposiciones de confidencialidad estatales y federales solo la información especificada puede ser divulgada a la persona o agencia especificada. (CFR – 42, parte 2, KAR 30-60-47(b) (5), directrices de la AAPS, Capítulo 7).
* Entiendo que FSGC no puede garantizar que el destinatario mantenga la confidencialidad de esta divulgación autorizada de información.
* Entiendo que la inscripción, elegibilidad, pago o tratamiento no está condicionado a la ejecución de la autorización..
* Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por esas regulaciones.
* Entiendo que ciertas personas u organizaciones no pueden volver a divulgar información sobre el tratamiento del abuso de sustancias. (42 CFR, parte 2) y que si mis proveedores de tratamiento divulgan mis registros de tratamiento para trastornos por uso de sustancias de conformidad con este consentimiento, se le proporcionará al destinatario un aviso de no divulgación.
* Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a ella) proporcionando una notificación por escrito de revocación a **FSGC**.
* Entiendo que la información de salud protegida proporcionada en medios electrónicos portátiles no se cifrará y puede estar en riesgo de divulgación inadvertida si se pierde o es robada. Al solicitar el uso de medios electrónicos portátiles, acepto este riesgo.
* Entiendo que se pueden cobrar tarifas por preparar y enviar copias de registros.
* Entiendo que si deseo restringir la divulgación de documentos o comunicaciones, debo solicitar el Formulario de Solicitud para Restringir usos y divulgaciones de información de salud protegida.
* Reconozco que he tenido la oportunidad de preguntar y recibir respuestas a todas las preguntas y se me ha ofrecido / proporcionado una copia de este comunicado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente (14 años o más) Nombre impreso del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del tutor legal Nombre impreso del tutor legal Fecha

**Prohibición de la Redivulgación:** Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que haya más la divulgación está expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito (ver § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§ 2.12 (C) (5) y 2.65.