



Autorización Para Revelar / Obtener Información

(1) Yo autorizo a _____ que revele obtenga revele y obtenga
Hospital / Agencia / Individuo

- (2) Sumario para Darle de Alta Personal para Darse de Alta Evaluación Psiquiátrica Historial Social Historia y Física
 Tratamiento / Planes de Habilitación Órdenes Médicas Consultas Laboratorio/Rayos X
 Notas del Progreso Evaluaciones *Especifique Tipo* _____ Planes de Conducta
 Expediente de Administración Médica Revisión del Paciente Fotos
 Resumen Escrito del Expediente Other (*Especifique*) _____

Referente al cuidado de la persona nombrada a continuación desde la FECHA (o FECHAS APROXIMADAS):

(3) Referente a (Nombre) _____ Número de Seguro Social: _____
Fecha de Nac: _____ Seudónimo: _____

(4) Para propósitos de: Uso Personal Continuación de Cuidado Colocación/Transferencia Beneficios Económicos
 Abogado Ley del Estado/Corte Muerte Otro (specify) _____

(5) La información puede ser divulgada/obtenida: Por Correo, En Persona, Teléfono, E-Mail o por Fax (Para Necesidades Urgentes/Emergencia).
Restricciones si hay alguna: _____

(6) <input type="checkbox"/> Revelar A	<input type="checkbox"/> Obtener el Formulario
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/ Zona Postal	Ciudad/Estado/ Zona Postal

(7) Esta autorización es válida hasta la fecha: _____
Mes Día Año

(8) Yo entiendo que los expedientes y comunicaciones que serán revelados INCLUIRÁN información sensitiva tal como evaluación, información de habilitación / tratamiento de salud mental, discapacidades del desarrollo, abuso / uso de alcohol o drogas o HIV / SIDA. **Marcar sólo para una exclusión.**

- Abuso de Alcohol / Substancias Salud Mental Discapacidades del Desarrollo
 HIV/SIDA Otro (*Especifique*) _____

(9) Yo entiendo que la agencia / institución / persona nombrada arriba autorizada a recibir esta información, tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información que será revelada. Yo también entiendo que si la entidad que recibe esta información no es un proveedor de un plan de cuidado de salud cubierto por las reglas de privacidad de HIPAA, la información descrita arriba puede ser revelada nuevamente y ya no está protegida por los Reglamentos de HIPAA.

(10) Yo entiendo que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento, pero, la revocación tiene que ser hecha por escrito. Yo entiendo que ninguna revocación de este consentimiento debe ser efectiva para prevenir revelar expedientes y comunicaciones, a menos que sea recibida por la persona que está autorizada a revelar los expedientes y comunicaciones.

(11) Rehusar firmar este formulario resultará en las siguientes consecuencias: LA INFORMACIÓN NO SERÁ REVELADA/OBTENIDA.

(12) _____ Fecha/Hora: _____
Firma del Individuo (de 12 años o mayor)

(13) _____ Fecha/Hora: _____
Firma del Tutor (Menor de 18 años o Discapacitado)

(14) _____ Fecha/Hora: _____
Testigo O (2do padre/Tutor, puede firmar aquí, si se comparte la custodia)

(15) _____ Fecha/Hora: _____
Firma del funcionario que revela / recibe la información

La información específica referente a revelar información y fechas debe documentarse en el expediente clínico del paciente o Sistema de Seguimiento Para Revelar Información. Una copia o facsímil de este original tendrá el mismo efecto y poder que el original.

Los Estándares de Privacidad para Información referente a la Salud Personal Identificable, 45 CFR Partes 160 y 164, declara que la información usada o revelada bajo esta autorización puede ser sujeta a revelarse por el que recibe la información. Las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2, prohíbe adicionalmente revelar información sobre los pacientes referente a alcohol o drogas, a menos que se permita revelar esta información adicionalmente, de acuerdo al consentimiento escrito de la persona a quien concierne o a menos que lo permita el 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la revelar la información médica u otra información, NO restringe ningún uso de la información para investigar un delito o procesar a algún paciente por abuso de alcohol o drogas. [52FR21809, 9 de junio de 1987; 52 FR4 1997, 2 de noviembre de 1987]

NOTA: Rehusar firmar una Autorización Para Revelar / Obtener Información no impedirá tratamiento, pago, o registro para un plan de beneficios salud o la elegibilidad para beneficios.



Autorización Para Revelar / Obtener Información

INSTRUCCIONES: Autorización para Revelar / Obtener Información

- (1) Identifique si el formulario será usado para revelar, obtener o revelar / obtener (compartir) información y a quién se autoriza para llevar a cabo la función.
- (2) Anote la información específica que usted quiere que se revele / obtenga. Marque sólo lo que es el mínimo necesario para cumplir con el propósito de revelar la información. Anote la fecha del servicio, si no la sabe, indique la "última fecha de servicio" y sólo marque la información de la fecha del último servicio que será revelada u obtenida.
- (3) Anote el nombre del individuo, fecha de nacimiento, número de seguro social y nombre de soltera o apodos para ayudar a identificar correctamente al individuo.
- (4) Anote el propósito o razón por qué se necesita revelar / obtener la información.
- (5) Circule todas las maneras en que se puede revelar / obtener la información. Si usted desea restringir alguna de ellas, por favor, especifique cuál. Si no especifica nada, se considerará que todas las maneras están autorizadas. (La información sólo será enviada por fax, si es URGENTE.)
- (6) Anote el nombre y dirección de la agencia, institución, o persona a quien usted desea que se revele la información o anote el nombre de la agencia, institución, o persona de dónde usted obtiene la información. Si usted desea que lo llamen por teléfono o por medio de fax, incluya los códigos de área y números de teléfonos.
- (7) Anote la fecha (mes, día y año) que el consentimiento caducará. La información no puede ser revelada / obtenida sin la fecha caducante específica.
- (8) La información sensible será revelada / obtenida a menos que usted indique que hay una exclusión específicamente. **Si no se indica nada, toda la información del expediente del paciente es sujeta a que se revele.**
- (9) Se explica por sí mismo.
- (10) Se explica por sí mismo.
- (11) Se explica por sí mismo.

NOTA: De acuerdo con el Acta de Confidencialidad Para Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo solamente las siguientes personas tienen derecho a dar un consentimiento escrito para copiar, inspeccionar y / o revelar el expediente la información protegida referente a la salud del individuo:

- El individuo si es mayor de 12 años de edad.
Los padres o tutor del individuo menor de 12 años de edad. **(Si ambos padres tienen custodia compartida ambos individuos tienen que firmar - uno en la línea 13, el otro en la línea 14.)**
Los padres o tutor del individuo que tiene entre 12 y 17 años de edad, siempre y cuando el individuo no tenga objeciones y haya firmado la autorización.
El tutor del individuo de 18 años de edad o mayor.
Un abogado o tutor designado quien representa a un menor de 12 años o mayor que la corte ha ordenado darle esos derechos.
- 12) El individuo firma aquí si - es mayor de 12 años de edad.
 - 13) Los padres firman y escriben la fecha aquí si -
El individuo es menor de 12 años de edad o
El individuo que tiene entre 12 y 18 años de edad, ha firmado en la línea 12 o el tutor firma aquí si -
El individuo tiene 18 años de edad o es mayor pero está legalmente discapacitado. **Usted tiene que proveer una copia de la orden judicial de custodia o tutela otorgándole este derecho.**
El tutor firma aquí si-
Si usted es el tutor designado o abogado que representa a un menor de 12 años de edad o mayor en cualquier distrito judicial o proceso administrativo. **Usted tiene que proveer una copia de la orden judicial otorgándole este derecho.**
 - 14) El testigo firma y escribe la fecha aquí. Todas las autorizaciones requieren la firma de un testigo para atestar la identidad de la persona que tiene el derecho a dar el consentimiento. (La persona firma en las líneas 12 / 13)
La línea puede ser usada por un padre con custodia compartida.
 - 15) El funcionario que revela / recibe la información firma aquí. Las fechas específicas deben ser documentadas en el expediente clínico del individuo cuando se revela / recibe la información y / o en el Sistema de Seguimiento Para Revelar la Información.