



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo a Community Health & Wellness Partners (CHWP) a solicitar, usar o divulgar información médica protegida como se indica a continuación.

Intercambiar información con       Solicitar información       Enviar información a

<b>Nombre de la parte que solicita o recibe información:</b>
<b>Dirección:</b>
<b>Ciudad/Estado/Zip:</b>
<b>Teléfono/Fax:</b>
<b>Dirección de correo electrónico:</b>

Comprendo que se me podrían denegar los servicios si me niego a dar consentimiento para una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley estatal. No se me denegarán los servicios si me niego a dar consentimiento para una divulgación para otros fines.

Comprendo que mis registros están protegidos conforme a las regulaciones federales que rigen la confidencialidad y el registro de los pacientes por trastornos por abuso de sustancias, Parte 2 del Título 42 del CFR, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, partes 160 y 164 del Título 45 del CFR, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ella. Con el fin de revocar la autorización para la divulgación de información, me comunicaré con el Departamento de gestión de la información médica de Community Health and Wellness Partners.

Esta autorización permanecerá en vigor durante un año después de que firme y feche este formulario, a menos que especifique una fecha de vencimiento ANTERIOR en el espacio provisto. Fecha de vencimiento anticipada:

**Aviso:** esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del CFR). Las normas federales le prohíben divulgar cualquier otra información de este registro que identifique a un paciente que padece o ha padecido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente o a través de la verificación de dicha información por otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin (ver párrafo 2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en los párrafos 2.12(c)(5) y 2.65.

**(Estas condiciones aplican a cada página divulgada y una copia de esta autorización acompañará cada divulgación.)**



# COMMUNITY HEALTH & WELLNESS PARTNERS

Care... To Live Life Fully

## Cantidad de información que se va a divulgar:

- Información que cubre todas las fechas del servicio (pasadas, presentes y futuras)
- Información que cubre el siguiente rango de fechas especificado: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) a \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- Otras (especifique la fecha del tratamiento o admisión/alta): Fecha: \_\_\_\_\_

## El propósito/necesidad de esta solicitud es:

La siguiente información **CON INICIALES** puede proporcionarse por correo postal, fax, en persona, verbalmente o por correo electrónico seguro:

\_\_\_\_\_ Toda mi información médica física contenida en los cuadros de descripción a continuación:

\_\_\_\_\_ Toda mi información de salud mental contenida en los cuadros de descripción a continuación:

\_\_\_\_\_ Toda mi información sobre consumo de sustancias contenida en los cuadros de descripción a continuación:

### **INICIALES** junto a la información a compartir/solicitar

- |                                                 |                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| _____ Información y resultados de la evaluación | _____ Notas de progreso/Notas clínicas                           |
| _____ Revisión/plan de atención médica          | _____ Resultados de laboratorio/resultados de análisis de drogas |
| _____ Recomendación de tratamiento              | _____ Historial de medicamentos                                  |
| _____ Resumen de traslado/alta                  | _____ Resultados de hepatitis C                                  |
| _____ Información financiera                    | _____ Información de diagnóstico sobre VIH o SIDA/ARC            |
| _____ Evaluación psiquiátrica                   | _____ Citas programadas en CHWP                                  |
| _____ Diagnóstico del tratamiento               | _____ Citas a las que asistió en CHWP                            |
| _____ Progreso del tratamiento                  | _____ Otro: _____                                                |

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona autorizada a firmar por el paciente

\_\_\_\_\_  
Describa la autoridad para firmar por el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada a firmar para el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

*Autorización de CHWP para la divulgación de información, 11/2023*

Solo para uso administrativo:

Completado por: \_\_\_\_\_

¿Necesita enviarse por fax? \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

Método de entrega preferido \_\_\_\_\_

Papel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de publicación: \_\_\_\_\_