

**Autorización para el uso y/o divulgación de información médica de cliente**

Completar este documento autoriza el uso o divulgación de su información de salud. Por favor lea el documento completo antes de firmar.

Nombre del Cliente: (Letra de molde)		Fecha de Nacimiento:	
<b>Por la presente yo autorizo:</b> (Nombre o designación general de la persona o entidad que hace la divulgación)		<b>A proporcionar información (especificada abajo) a:</b> (Nombre de la persona o organización a la cual se está proporcionando información)	
Domicilio:		Domicilio:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	# de Teléfono:	Ciudad, Estado, Código Postal:	# de Teléfono:

Yo autorizo a las partes nombradas, el intercambio equitativo de información médica protegida siguiente: Si  No

Yo autorizo que se proporcione la siguiente información: (Sus iniciales son requeridos si cualquiera de los siguientes son seleccionados)

Solamente los siguientes expedientes o tipos de información de salud: (incluyendo cualquier fecha)

Iniciales: _____ Resultados de exámenes de alcohol/drogas	Iniciales: _____ Recomendación de prueba para tratamiento de trastorno de uso de sustancias (ASAM por sus siglas en ingles)
Iniciales: _____ Evaluación (Salud mental y/o Abuso de sustancias)	Iniciales: _____ Planes de tratamiento (MH/SUD por sus siglas en ingles)
Iniciales: _____ Medicamento y dosis actual/anterior	Iniciales: _____ Resumen de tratamiento incluyendo asistencia y progreso
Iniciales: _____ Diagnóstico (Salud mental y/o trastorno de abuso de sustancias)	Iniciales: _____ Otras: _____
Iniciales: _____ Evaluación psicológica	

**PROPÓSITO:** La divulgación debe ser limitada a aquella información la cual es necesaria para completar los propósitos declarados:

Iniciales: _____ Desarrollar tratamiento individualizado	Iniciales: _____ Coordinar y proveer continuidad de cuidado
Iniciales: _____ Informar sobre asistencia y progreso de tratamiento	Iniciales: _____ Otras: _____

**Expedientes solicitados desde:** \_\_\_\_\_ **hasta:** \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Fecha)

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto en el caso que una acción ya haya sido tomada a causa de ella. Al menos que yo revoque mi consentimiento anterior, este consentimiento caduca un año desde la fecha de firma o como sigue:

(Incluya fecha especificada, evento, o condición por la cual el consentimiento caduque).

**NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN:**

- Yo entiendo que los expedientes de mi trastorno de uso de sustancias son protegidos bajo las regulaciones federales que gobiernan la confidencialidad y expedientes de trastorno de uso de sustancias del paciente, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 ("HIPAA" por sus siglas en ingles), 45 C.F.R. partes 160 & 164, y no pueden ser divulgadas sin mi consentimiento por escrito al menos que las regulaciones lo provean.
- Yo entiendo que en el caso de divulgación a una designación general, yo tengo derecho de pedir una lista de entidades a las cuales mi información ha sido proporcionada. Yo entiendo que esta solicitud debe de ser por escrito y es limitada a divulgaciones hechas en los últimos dos años.
- Yo entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.
- A LA AGENCIA RECEPTORA: Esta información ha sido proporcionada a usted desde expedientes los cuales la confidencialidad es protegida por reglamentos federales de confidencialidad. Cualquier divulgación adicional es prohibido.**

**He leído esta autorización y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de información médica especificada anteriormente.**

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha firmada \_\_\_\_\_ Firma del representante legal del Cliente (si aplica) \_\_\_\_\_ Fecha firmada \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal del Cliente en letra de molde \_\_\_\_\_ Relación con el cliente \_\_\_\_\_

Yo deseo revocar la autorización: \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del Consumidor/Padre/Tutor Legal/Conservador en letra de molde \_\_\_\_\_ Firma del Consumidor/Padre/Tutor Legal/Conservador \_\_\_\_\_