

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DE COMPORTAMIENTO Y TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS



Authorization to Disclose Behavioral Health and Substance Use Disorder Information

Información del Paciente

Primer Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Fecha de Nacimiento (DOB)

Número de Seguro Social (Social Security Number)

Número de Telefono (Phone Number)

Proveedor se Salud: (Health Care Provider) Arcare KentuckyCare

Yo, _____, autorizó que el Proveedor de Salud pueda divulgar mi información de salud de comportamiento y/o información sobre trastornos por uso de sustancias como se describe a continuación. Esta autorización tiene la intención de cumplir con los requerimientos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA), las normas de HIPAA, y otras leyes y normas Estatal o Federales que puedan crear un derecho a la privacidad en la información de salud que sea aprobado a ser divulgado por esta autorización.

Favor de escribir sus iniciales:

- Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización a cualquier momento. Entiendo que sí decidí anular esta autorización, tengo que hacerla y presentarla por escrito a Arcare, Attn: Departamento de Cumplimiento, 200 W Race Ave, Searcy, AR 72143, o por correo electrónico a complianceandquality@arcare.net. Entiendo que esta anulación no tiene efecto sobre la información que ya ha sido divulgada como parte de esta autorización. Entiendo que esta anulación no aplica a mi aseguranza cuando la ley le provee al asegurador el derecho de disputar una demanda bajo mi política. Entiendo que a menos de que sea anulada, esta autorización se vencerá un (1) año después de la fecha de firma.
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria y puedo rechazar firmar este formulario. Si yo rechazó firmar esta autorización, no va a prevenir que reciba tratamiento o servicios.
- Entiendo que la información en mis registros de salud puede incluir información relacionada a infecciones sexualmente transmisibles, incluyendo pero no limitado a VIH y SIDA.

Entiendo que 42 CFR Parte 2 prohíbe que el receptor de esta información de salud la divulgue de nuevo a otra gente, a menos de que tengan mi consentimiento, o estén de conformidad con las normas de Parte 2. Tales como, el Proveedor de Salud incluyera la siguiente declaración escrita en cada divulgación:

“Esta información ha sido divulgada desde registros protegidos por normas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las normas federales prohíben hacer cualquier divulgación adicional a menos de que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o por las otras formas permitidas por la norma 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o otra información NO es suficiente para este propósito (vea 2.31). Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o de drogas, excepto en los casos 2.12 (c)(5) y 2.65.

Entiendo que si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Proveedor de Salud o a mi abogado.

Autorizo por este medio que el Proveedor de Salud pueda divulgar información a:

(I hereby authorize Health Care Provider to disclose information to:)

Nombre/Organización: (Name/Organization)

Dirección Postal: (Address)

Ciudad/Estado/Código Postal: (City/State/Zip)

Número de Telefono: (Phone)

Número de Fax: (Fax)

Yo autorizo la divulgación de información relacionado a:

(Escriba sus iniciales en todo lo que aplique)

I authorize the release of information relating to: (INITIAL beside all that apply)

Tratamiento psicológico/psiquiátrico (Psychiatric/Psychological Treatment)

Información de Trastornos por Uso de Sustancias (Substance Use Disorder Information)

SIDA, VIH, Complejos Relacionados al SIDA (AIDS, HIV, ARC/Medical)

Fechas de Tratamientos/Servicios: DESDE ____/____/____ A ____/____/____

Dates of Treatment/Services: FROM ____ TO ____

Tipo de información para usar o divulgar: (Escriba sus iniciales en todo lo que aplique)

Type(s) of information to be used or disclosed: (INITIAL beside all that apply)

- Reconocimiento de presencia en tratamiento/asistencia (Acknowledgement of presence in treatment/attendance)
 Diagnósis Informes de Laboratorios (Lab reports)
 Resumen o Estado de Alta (Discharge summary/status) Plan de Tratamiento (Treatment plan)
 Evaluación (Assessment/Evaluation) Cumplimiento del Programa (Program compliance)
 Resumen de Cuenta (Billing statements) Otro: (Other) _____

Razón o necesidad para obtener la información solicitada:

Purpose or need for information being requested:

- Continuación de Atención (Continuing care) Procedimientos Judiciales (Legal proceedings)
 Reclamos del Seguro (Insurance Claim)
 Otro: (Other) _____

Esta información puede ser transmitida por:

(Escriba sus iniciales en cada método de comunicación aprobado)

This information may be transmitted via: (INITIAL each approved communication method)

- Fax Verbal Copia Impresa (Hard Copy) Electronicamente (Electronically)

Firma del Paciente:

Patient Signature

Fecha:

Date

Firma del Padre o Representante Legal:

Parent/Legal Guardian Signature:

Fecha:

Date:

Nombre en Letra Molde de la Persona Firmando:

Printed Name of Person Signing:

Fecha:

Date:

Firma del Testigo:

Witness Signature:

Fecha:

Date: