



Divulgación de información

Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Ubicaciones de Polk County Behavioral Health:

182 SW Academy Street, STE 333
Dallas, OR 97338

1520 Plaza Street NW
Salem, OR 97304

1310 Main Street East
Monmouth, OR 97361

Teléfono: (503) 623-9289 Fax: (503) 831-1726

Tel.: (503) 585-3012 Fax: (503) 585-0128

Teléfono: (503) 400-3550 Fax: (503) 837-0095

Favor de completar la forma entera. Autorizaciones que estén incompletas no serán válidas y serán regresadas para terminarse.

Información del cliente

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Teléfono: _____

Por lo presente autorizo a Polk County Behavioral Health que:

LE PROPORCIONE INFORMACION A OBTENGA INFORMACION DE

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Doctor de Cabecera

Agente de Libertad Condicional

Contacto de Emergencia

ADES

Padres de Acogida

DHS o su Abogado

Escuela

Esta información le ha sido revelada de los registros protegidos por las reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted divulgue mas esta información a menos que se le permita expresamente otra divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente que sufra de abuso de alcohol o drogas.

Propósito de la Divulgación de Información

- Planificación de Tratamiento y Cuidado
- Claridad de Diagnostico
- Requisitos de informes de ADES, DHS, Libertad Condicional
- Programación de citas
- Para el propósito de emergencias

- Seguro
- Compensación Laboral
- Escuela
- Procedimientos Legales
- Uso Personal
- Otro:

Información Confidencial Protegida

Al colocar mis INICIALES, autorizo específicamente la publicación de la siguiente información confidencial:

_____ Información de Salud Mental

_____ Diagnóstico de drogas/alcohol, información de tratamiento o información de referencias

_____ Información de VIH/SIDA

_____ Información de pruebas genéticas

Expiración: Este permiso es válido por la duración de mi episodio de atención o hasta la fecha o evento especificado: _____

- Puedo revocar esta autorización por escrito presentando mi revocación por escrito en cualquier clínica de Polk County Behavioral Health. Se permitirá una revocación verbal para las autorizaciones relacionadas con el tratamiento del trastorno por uso de sustancias. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. Al negarme no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada y/o divulgada bajo esta autorización.
- La información utilizada o divulgada por esta autorización puede ser sujeta a nueva divulgación y es posible que ya no sea protegida por las leyes federales o estatales EXCEPTO por información confidencial que incluya información de Salud Mental, diagnostico de Alcohol/Drogas, información de tratamiento o referencias, información de VIH/SIDA, o información de pruebas genéticas.

He leído esta autorización y la entiendo.

Firma del Cliente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Relación al Cliente: Yo Padre -O- Tutor Legal (se requiere prueba de tutela)

Imprimir su nombre

SOLO PARA USO DE OFICINA

Por lo presente revoco esta autorización efectivo: _____
Fecha Firma del Cliente/Padre/ Guardián Legal (requerido para Información de Salud Mental)

Revocación Verbal (permitido para el Tratamiento del Trastorno Por Uso de Sustancias)

Uso de este Formulario

1. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un miembro del personal de PCBH debe ayudarle a llenar este formulario.

Asegúrese de entender la forma antes de firmar. No dude en hacer preguntas sobre la forma y lo que autoriza. Usted puede sustituir una firma con la fabricación de una marca o pedirle a una persona **autorizada** que firme en su nombre.

2. **Tutela/Custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como un tutor legal, debe adjuntar una copia, a este formulario, de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia, y su representante firma, la autoridad de la custodia debe estar adjunta a este formulario.

3. **Cancelar:** Si después desea cancelar esta autorización, hable con un empleado de PCBH. Se le puede pedir la solicitud de cancelación por escrito. Los reglamentos federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los programas de Drogas y Alcohol. Ninguna otra información puede ser divulgada o solicitada después que cancele la autorización. PCBH puede seguir utilizando la información obtenida antes de la cancelación.

4. **Menores de Edad:** Si es menor de edad puede autorizar la divulgación de información de la salud mental o abuso de sustancias si tiene 14 años o más; independientemente de su edad puede autorizar la divulgación de cualquier información sobre las enfermedades de transmisión sexual o de anticonceptivos; Si tiene 15 años o más puede autorizar la divulgación de información general médica.

5. **Atención Especial:** Para la información sobre el VIH/SIDA, la salud mental, las pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol/drogas, la autorización debe identificar claramente la información específica que puede ser divulgada.

6. **Re-divulgación:** Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben la divulgación adicional de información sobre Alcohol y Drogas; la ley estatal (ORS 433.045, OAR 333-12-0270) prohíbe la divulgación adicional de información sobre el VIH/SIDA; y la ley estatal (ORS 179.505, ORS 344.600) prohíbe la divulgación adicional de información sobre la salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, rehabilitación vocacional, e información de los programas financiados con fondos públicos para el tratamiento de discapacidad del desarrollo sin autorización específica y por escrito.

7. **Prácticas de Privacidad:** A todos los clientes que se inscriban en servicios se les proporcionará una copia de las prácticas de privacidad de Polk County Behavioral Health, que describen cómo podemos compartir información de salud protegida, derechos del cliente y cómo presentar una queja o informar un problema sospechado.