

Autorización para revelar información salud

I. Autorizo la divulgación de la siguiente información (marque las casillas correspondientes a continuación):

✓	Tipo de registro	Fechas	
	Nota de evaluación/admisión/ingreso	Hasta	A partir de
	Asistencia/Cumplimiento del tratamiento		
	Notas de psicoterapia/Plan de tratamiento		
	Crisis/Esperanza en el desierto		
	Cartas/formularios		
	Otro (especificar a continuación)		

II. Me gustaría que la siguiente información se incluya en los materiales divulgados (marque las casillas correspondientes a continuación):

- ☐ Abuso de alcohol y drogas
☐ Salud mental
☐ Enfermedad de transmisión sexual
☐ VIH/SIDA

III. Si se marca alguna de estas casillas, se aplica la siguiente notificación:

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o de otra manera lo permita la 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. [52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987]

IV. Me gustaría que la información descrita anteriormente se prepare utilizando el siguiente proceso:

☐ Fotocopia ☐ Archivo Electrónico ☐ Disco Compacto (imágenes radiológicas)

V. Me gustaría que la información descrita anteriormente me fuera entregada mediante el siguiente proceso:

☐ Enviado Por Correo Postal ☐ Enviado por Correo Electrónico Seguro

VI. Entiendo que:

- A. Autorizar la divulgación de información médica es voluntario. Trios Health no condicionará el tratamiento a que yo proporcione esta autorización.
- B. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Gestión de Registros Médicos/Información de Salud.
- C. Si revoco esta autorización, la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización.

VII. Una vez que se divulga la información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Esta autorización vencerá el (insertar fecha). Si no se especifica, esta autorización vencerá 365 días después de su firma.

 Autorización para divulgar información de
 salud Gestión de información de salud

 Rvdo 1/3/25
 Página 1

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

Número de teléfono:

VI. Me gustaría que la información anterior se divulgue a las personas u organizaciones que se indican a continuación:

✓	DE	✓	A
☐	Lourdes Behavioral Health	☐	Nombre de la persona u organización _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, _____ Código Postal _____ FAX _____ Tel _____ Correo Electrónico _____ _____
☐	Nombre de la persona u organización _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, _____ Código Postal _____ FAX _____ Tel _____ Correo Electrónico _____ _____	☐	Lourdes Behavioral Health

Propósito de la divulgación solicitada:

- ☐ Continuidad de la atención
- ☐ Seguro
- ☐ Abogado
- ☐ Registros personales
- ☐ Otro :__

SE PUEDEN APLICAR CARGOS POR SOLICITUDES DE REGISTROS

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación con el paciente

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY/ SOLO PARA USO DE OFICINA

Patient ID ☐ Driver's License # _____ Other: _____ ID of Person Picking Up Information: ☐ Driver's License # _____ Other: _____ ID Verified by: _____	Account #: _____ MRN: _____ Date of Release: _____
PLEASE PROVIDE A COPY TO THE PATIENT. ONE COPY SHOULD BE SENT WITH INFORMATION BEING DISCLOSED.	

Autorización para divulgar información de salud
Gestión de información de salud

Rvdo 1/3/25
Página 2

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

Número de teléfono: