



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA

Nombre (en letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Yo doy permiso a Integral Care para que divulgue y/o comparta mi información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) con:

Nombre de la agencia o persona: _____

Dirección: _____

Número de contacto: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACION A SER DIVULGADA: Marque todas las opciones que correspondan

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Evaluación psiquiátrica | ☐ Registros de facturación o cuentas | ☐ Resultados de análisis de orina y laboratorio | ☐ Notas de progreso del coordinador de caso |
| ☐ Plan de tratamiento | ☐ Lista de medicinas | ☐ Ingreso y fechas de altas | ☐ Demográfica |
| ☐ Evaluación de una crisis | ☐ Revisión del diagnóstico | ☐ Determinación de una discapacidad intelectual (DID por sus siglas en inglés) | ☐ Información proporcionada durante mis citas |
| ☐ Evaluaciones de la narrativa | ☐ Notas de progreso de la enfermera | ☐ Notas de progreso de la persona que le recetó el medicamento | ☐ Otro: _____ |

Entiendo que esta autorización cubre toda la información contenida en mis registros sobre enfermedades mentales, discapacidades intelectuales y de desarrollo, trastornos por uso de sustancias, enfermedades contagiosas como VIH y SIDA, información genética, a menos que se marque uno o más de los siguientes:

No divulgue información sobre: ☐ Trastornos por uso de sustancias ☐ Información genética ☐ Enfermedades contagiosas como VIH y SIDA

LA INFORMACION A SER DIVULGADA DEBERÍA CUBRIR EL PERIODO DE TIEMPO DESDE _____ HASTA _____

Si no se ha dado un periodo de tiempo, la información divulgada cubrirá toda la información antes de la fecha de vencimiento de esta autorización.

EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN ES PARA LO SIGUIENTE:

- | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|
| ☐ La continuidad del cuidado | ☐ Los beneficios por discapacidad | ☐ Por mi solicitud | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Legal | ☐ Escuela | ☐ El Seguro | |

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que pudiera negarme a firmarla. Además, entiendo que el cuidado de mi salud y el pago por este no serán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que puedo ver la información médica protegida que será divulgada. Si esta información es para mí mismo, puedo solicitar que se me entregue por correo electrónico. Entiendo que mi información médica protegida puede ser divulgada electrónicamente. Esta autorización abarca la información entregada vía electrónica, en papel y de forma verbal.

Esta autorización puede ser cancelada en cualquier momento mediante notificación por escrito dirigida a Integral Care, pero la cancelación no afectará ninguna divulgación hecha antes de recibir la notificación de cancelación. El PHI (Información Médica Protegida) revelado puede estar sujeto a la re-divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegido por protecciones de privacidad estatales o federales. Integral Care no puede controlar la manera como la información médica protegida será usada por la agencia o persona que la reciba a través de esta autorización.

Esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de su firma, a menos que sea cancelada antes o que se especifique su vencimiento de otra manera. Otra fecha de vencimiento especificada: _____

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Padre, Madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre completo en letra de molde: _____

Parentesco: _____

DECLARACION DE LA DIVULGACION: Esta información puede ser divulgada a usted en base a los registros protegidos por la ley de Confidencialidad Federal 42 CFR parte 2. Las leyes federales le prohíben a usted hacer cualquier otra divulgación de esta información, a menos que dicha divulgación haya sido autorizada expresamente mediante consentimiento por escrito de la persona a la que le pertenece o que la ley 42 CFR Parte 2 lo permita de otra manera. Una autorización general para la divulgación de información médica o de cualquier otro tipo, NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de la información para los pacientes bajo investigación criminalística o acusados por abuso de drogas o alcohol.

Por favor envíe su solicitud de records médicos a:

**Integral Care-Medical Records Department
P.O. Box 3548
Austin, Texas 78764-3548
(512) 440-4075
(512) 445-7726 (FAX)
Revised: June 29, 2017**