

- Enviar registros
- Solicitar información
- Carta de servicio
- Archivo en el gráfico

1000 Lincoln Emporia, KS 66801 Teléfono: 620 343-2211 Fax: 620 342-1021

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Incluyendo información de salud mental y/o registros de alcohol y drogas

Nombre del cliente:	Apellido del cliente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:	
# de teléfono :	# de SS:	

Yo, el abajo firmante (cliente o Representante Legal) autorizo a **CrossWinds Counseling & Wellness** a:
(Recuadro (es) inicial(es) si no se escribe)

DIVULGUE la siguiente información:

Si es relevante, lo siguiente puede contener información sobre el uso de sustancias.

- Evaluación de Admisión/Admisión
- Resumen de alta
- Resumen del diagnóstico
- Plan(es) de tratamiento
- Lista de medicamentos
- Resultados de laboratorio/Informes médicos/Evaluación psiquiátrica
- Notas de progreso
- Citas/Programación/Asistencia
- Registros de contactos de emergencia

Información sobre el trastorno por consumo de sustancias (alcohol/drogas)

- Evaluación de Admisión por Consumo de Sustancias
- Citas/Programación/Asistencia para el Consumo de Sustancias
- Notas de progreso sobre el consumo de sustancias
- Revisión/Resumen del Progreso del Consumo de Sustancias
- Plan(es) de tratamiento por consumo de sustancias
- Resumen del diagnóstico de consumo de sustancias
- Evaluaciones/Cribados de Uso de Sustancias
- Resumen de Alta por Uso de sustancias
- UDS (Prueba de detección de drogas en orina)
- Otro:

OBTENER la siguiente información:

- Evaluación de Admisión/Admisión
- Resumen de alta
- Resumen del diagnóstico
- Plan(es) de tratamiento
- Lista de medicamentos
- Resultados de laboratorio/Informes médicos/Evaluación psiquiátrica
- Notas de progreso
- Citas/Programación/Asistencia
- Registros de contactos de emergencia
- Evaluación/Informe Psicológico
- Informes de educación
- Informe de Desempeño Laboral

Información sobre el trastorno por consumo de sustancias (alcohol/drogas)

- Evaluación de Admisión por Consumo de Sustancias
- Citas/Programación/Asistencia para el Consumo de Sustancias
- Notas de progreso sobre el consumo de sustancias
- Revisión/Resumen del Progreso del Consumo de Sustancias
- Plan(es) de tratamiento por consumo de sustancias
- Resumen del diagnóstico de consumo de sustancias
- Evaluaciones/Cribados de Uso de Sustancias
- Resumen de Alta por Uso de sustancias
- UDS (Prueba de detección de drogas en orina)
- Otro:

La información puede ser divulgada u obtenida de:

Nombre/Agencia:	Relación/Personal Específico:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Teléfono #:	Fax #:

Propósito o necesidad de divulgación: (revise y seleccione a continuación)

- Coordinación del tratamiento Legal (Tribunal/Abogado/CRB) Planificación Transferir proveedor de tratamiento
- Involucrar a la familia en el tratamiento Testificar o participar en procedimientos judiciales
- Otro:

COMUNICACIÓN VERBAL (Casilla inicial si no está pre-escrita)

- Autorizo la comunicación verbal con la entidad mencionada anteriormente para coordinar el tratamiento, permitir la discusión del tratamiento progresar y discutir las preocupaciones relevantes o los problemas de tratamiento con respecto al cliente.

LIMITACIONES DE DIVULGACIÓN: (por ejemplo: seguro, uso de sustancias, etc.) La información indicada se divulgará a menos que existan restricciones específicas que se indican a continuación:

- Entiendo que esta autorización será respetada a menos que se revoque verbalmente o por escrito y que será mi responsabilidad revocar cualquier autorización que ya no sea relevante. La revocación puede realizarse en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada; o el programa que va a hacer la divulgación ya ha tomado medidas sobre la base de ella.
- Para revocar una autorización, será mi responsabilidad comunicarme con el Director de Registros Médicos o con mi médico para obtener los formularios apropiados que se deben completar (es decir, el Formulario de Revocación de Autorización) y enviaré el formulario completo al Director de Registros Médicos de CrossWinds o a mi médico. (KAR 30-60-47(b)(7), Directrices de la AAPS, Capítulo 7, 1.a. (7) y 42 Reglamentos del CFR, Parte 2)
- Entiendo que, según las disposiciones de confidencialidad estatales y federales, solo la información especificada puede divulgarse a la persona o agencia especificada. (42 C.F.R. Parte 2 Reglamentos, KAR 30-60-47(b)(5), Directrices de la AAPS, Capítulo 7)
- Entiendo que ciertos registros pueden estar protegidos por la ley federal o estatal, incluidas las enfermedades transmisibles, y doy mi consentimiento para que todos y cada uno de esos registros protegidos se divulguen bajo esta autorización.
- Por lo general, la ley prohibirá a las personas u organizaciones que reciban cualquier divulgación de la información a la que se hace referencia en este documento volver a divulgar cualquier información recibida sobre la base de este consentimiento y se les notificará ese hecho en cada divulgación de intercambio de información de salud. Entiendo que si la persona u organización autorizada para recibir esta información no es un proveedor de atención médica, un plan de salud o no está cubierta por las regulaciones federales de privacidad, la información divulgada puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que ciertas personas u organizaciones no pueden volver a divulgar información sobre el tratamiento por abuso de sustancias. (Reglamentos 42 C.F.R. Parte 2)
- Entiendo que, a menos que revoque esta autorización, expirará automáticamente 1 año después de mi firma o la siguiente fecha específica (que no exceda 1 año) o evento:
- Entiendo que esta autorización renuncia al privilegio del paciente del centro de salud mental comunitario descrito en K.S.A. 65-5601 y siguientes.
- Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a si firmo o no esta autorización.
- Verifico que esta autorización es voluntaria; y que he preguntado y recibido respuestas a mis preguntas.

Firma del Cliente/Tutor Legal

Nombre impreso

Fecha

Relación con el cliente

(Complete la siguiente información si la dirección es DIFERENTE a la del cliente)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono #

CrossWinds Nombre impreso/mecanografiado Presenciado Recibido

Fecha

"Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas".

Página de firma