





# Divulgación de información

Etiqueta del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha del día: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo	<input type="checkbox"/> A proporcionar a:	<input type="checkbox"/> A recibir de:
<b>Nombre y dirección del centro</b> Miramont Behavioral Health 3169 Deming Way Middleton, WI 53562  Correo electrónico: HIM@MiramontBH.com Número de teléfono: <u>608-716-8288</u> Número de fax: <u>608-690-6891</u>	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> Individuo
	Centro: _____	Teléfono: _____
	Nombre: _____	Relación: _____
	Dirección: _____	
	Ciudad/Estado/Código postal: _____	
	Correo electrónico: _____	Número de fax: _____
La información que se divulgará incluye: (colocar iniciales en toda la información que se dará a conocer)		
<input type="checkbox"/> Progreso del tratamiento	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Información financiera
<input type="checkbox"/> Anamnesis/Exploración física	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Todo lo anterior
<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	Especificar _____
<input type="checkbox"/> Información psicosocial	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	

**Finalidad del uso o de la divulgación.** Los propósitos para el uso o divulgación de mi información de salud protegida son:

Continuación del tratamiento  Solicitud legal  Familia  Empleo  Escuela  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Formato de la divulgación:**  Verbal  En papel  Electrónica

A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en un formato determinado, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por esta autorización de la manera que consideremos apropiada y consistente con la legislación aplicable, lo que incluye, entre otros, de forma verbal, electrónica o en papel.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Fecha o condición en la que se establece que vencerá este consentimiento:** \_\_\_\_\_

Yo, el arriba firmante, entiendo que mi historia clínica está protegida por las normativas federales que rigen la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), C.P.R. título 45, partes 160 y 164, 42 USC 1320d, y Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias, C.F.R. título 42, parte 2. Entiendo que mi información de salud especificada anteriormente se divulgará de conformidad con esta autorización, y que el destinatario de la información puede volver a divulgar la información y en cuyo caso es posible que ya no esté protegida por la ley de privacidad de HIPAA. No obstante, las normativas federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias, C.F.R. título 42, parte 2, mencionada anteriormente, continuarán protegiendo la confidencialidad de la información que me identifica como paciente en un programa por abuso de alcohol u otras drogas de la redivulgación. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado con base en él, y que este consentimiento vencerá en un (1) año a menos que se especifique lo contrario. La información en este formulario de consentimiento debe completarse de manera completa y precisa; las normativas federales requieren que este formulario sea el ORIGINAL o la divulgación de registros será denegada.

Reconocimiento: solicito y autorizo a las organizaciones o individuos mencionados anteriormente a divulgar la información especificada anteriormente a la organización o individuo nombrado en esta solicitud. "Reconozco y doy mi consentimiento para que la información divulgada pueda contener información sobre las siguientes condiciones: anemia de células falciformes, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lo que incluye pruebas o resultados, información de abuso o dependencia de drogas, abuso o dependencia de alcohol y afecciones psicológicas o psiquiátricas".

**Rescindir:**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente rescindo el consentimiento a que este centro divulgue información médica sobre mi atención y tratamiento según se proporciona en esta Autorización para \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

Tilde la casilla si se le ofreció al paciente el formulario de divulgación anterior pero no pudo o se negó a colocar sus iniciales o firmar. Un miembro del personal DEBE firmar en la línea de firma arriba.