

Please check one: Send Information Now _____ Request Information Now _____ File for Future/As Needed Use _____ One time release only _____

MENTAL HEALTH PARTNERS

1455 Dixon Avenue, Lafayette, CO 80026 Phone 303-443-8500 FAX 720-564-9647 (Clinical Records)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____
(Incluya apodos, apellido de soltera, etc. de la persona que recibe servicios en MHP)

Autorizo el intercambio de información entre la siguiente persona o entidad y Mental Health Partners (MHP):

*Nombre: _____ Relación con el cliente: _____
Dirección/ e-mail: _____ Teléfono: _____
de FAX: _____

- Marque aquí si este formulario es para su médico de cabecera
- Marque aquí si desea autorizar la divulgación de información sobre su tratamiento por abuso de sustancias a todos sus prestadores de servicios anteriores, actuales y futuros como un nombramiento general

*** Si usted está usando este formulario para compartir la información sobre su TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS con alguien que 1) NO le esté proporcionando tratamiento, o que 2) NO esté pagando por el tratamiento, debe especificar el nombre y apellido del individuo (no de una agencia o una entidad)**

El propósito de la revelación de información es: (Se requiere que seleccione una de las opciones mencionadas abajo o que dé una razón específica)

_____ Carta solicitada por el cliente _____ Coordinación de servicios _____ Comunicación sobre resultados de terapia y/o presentismo
_____ Conseguir/Mantener vivienda _____ Conseguir/Mantener beneficios _____ Conseguir/Mantener empleo/empleo asistido

Otra razón (Por favor especifique):

Por favor marque cualquier opción abajo para liberar la siguiente información:

- _____ **Todos los registros sobre tratamientos físicos o para la salud mental, Incluso HIV/SIDA (a menos que se limiten abajo)
- _____ **Todos los registros sobre el tratamiento por abuso de sustancias (droga y alcohol) (esto puede limitarse abajo)
- _____ Diagnóstico _____ **Evaluaciones sobre el uso de drogas y alcohol
- _____ Medicamentos _____ Exámenes físicos
- _____ Notas clínicas de progreso _____ Información proporcionada por el cliente para recibir beneficios
- _____ Plan(es) de tratamiento _____ Fechas de asistencia a los servicios
- _____ Evaluación psicológica _____ Informes de laboratorio
- _____ Evaluación psiquiátrica _____ Información sobre el Programa de Asistencia al Cliente (PAP)
- _____ Reporte de servicios de emergencia (contratos §27-82) _____ Información sobre la admisión/ entrevista inicial
- _____ Notas de progreso psiquiátrico _____ Información necesaria para completar una solicitud para una organización
- _____ Empleo _____ Resumen del alta
- _____ Beneficios _____ Vivienda
- _____ **HIV/SIDA _____ Educación
- _____ Demografía
- _____ Otra información (Por favor especifique qué otra información desea compartir) _____

**** Entiendo que la información que se divulga conforme a esta autorización podría incluir información relacionada a una enfermedad sexualmente transmitida, HIV, SIDA, tratamiento por abuso de alcohol y drogas (***)protegida por la Ley Federal, 42 CFR, Parte 2), condiciones psicológicas o psiquiátricas, y cualquier otra información en su registro médico a menos que existan las siguientes restricciones:**

Comprendo que una vez que se entrega esta información, conforme a esta autorización firmada, la ley general federal de privacidad (45 C.F.R., Partes 160 y 164) que protege la información sobre salud, podría no aplicar al destinatario de esta información y, por lo tanto, no podrá prohibir que esta persona vuelva a divulgarla.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto en los casos en los que ya se haya tomado una acción para cumplirla. Entiendo que para poder anular esta autorización con respecto a información aparte de la contenida en los registros de tratamiento por uso de drogas y alcohol, debo presentar un aviso por escrito al Funcionario de Privacidad de Mental Health Partners o la persona designada por él/ella. Si no es anulada antes, esta autorización se vence después de **dos años** de la firma más reciente del documento. Por la presente, absuelvo a la institución arriba nombrada de cualquier responsabilidad que podría resultar por divulgar esta información. Una copia de este documento podría ser utilizada con la misma efectividad que el original. Entiendo que puedo rechazar firmar esta autorización, y este hecho no afectará mi habilidad para recibir tratamiento en Mental Health Partners.

Mental Health Partners no recomienda formatos electrónicos (como correo electrónico o mensajes de texto con el personal clínico) para la comunicación con sus empleados. La razón es que existe el riesgo de que cualquier información bajo protección podría incluirse en tal correo electrónico y podría ser revelada o interceptada por terceras personas no autorizadas. Al firmar esta forma reconoce que el correo electrónico no es un medio seguro y que libera a Mental Health Partners de cualquier responsabilidad relacionada con la revelación no autorizada de información médica protegida (PHI) incluida en comunicaciones electrónicas. Pueden aplicarse cargos por copias: \$16.50 por hasta 10 páginas; \$0.75 por las páginas 11-40; \$0.50 por cada página adicional; \$10 por formato electrónico.

(Opcional) Límite las fechas entre las cuales mi información médica puede ser compartida: desde ___/___/_____ hasta ___/___/_____.

Firma del cliente, padre/tutor legal (para clientes menores de 15 años),
o representante autorizado, incluyendo su autoridad para actuar por el cliente

Fecha en que se firma

Firma y fecha para presentar la petición

Firma y fecha para presentar la petición

Firma y fecha para presentar la petición

Firma y fecha para revocar la autorización

***** AVISO A LAS PERSONAS QUE RECIBEN LA INFORMACION RELACIONADA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE DROGA Y ALCOHOL:** Esta información que le hemos comunicado pertenece a registros protegidos por la Ley Federal (42 CFR, Parte 2). Los reglamentos Federales le prohíben que vuelva a compartir esta información a menos que el comunicarlo nuevamente sea expresamente permitido por autorización escrita de la persona a quien le pertenece o que de otra manera sea permitido por 42 CFR, Parte 2. Para este propósito, una autorización general para la comunicación de registros médicos u otra información NO es suficiente. Las leyes federales restringen el uso de esta información para conducir una investigación o para procesar a un cliente que sufra abuso de alcohol o drogas.
Rev. 11/15

*****NOTICE TO RECIPIENTS OF DRUG AND ALCOHOL TREATMENT PROGRAM INFORMATION:** This information has been disclosed to you from records protected by Federal Law (42 CFR, Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR, Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.
Rev. 11/15 vr