

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SALUD**

<hr/> Nombre del Paciente ( <i>Letra de molde</i> )	<hr/> Fecha de nacimiento	<hr/> # de Seguro Social o # de Caso
<b>Mediante la presente autorizo a:</b>	<input type="checkbox"/> <b>A divulgar:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Recibir de:</b>
<hr/> The Harris Center -	<input type="checkbox"/> <b>Recogida</b>	<input type="checkbox"/> <b>Correo</b>
<hr/> Dirección:	<hr/> Nombre ( <i>Letra de molde</i> ):	
<hr/> Ciudad, Estado, Código postal:	<hr/> Dirección:	
<hr/> Teléfono y/o Fax:	<hr/> Ciudad, Estado, Código postal :	
	<hr/> Teléfono y/o Fax:	

la información sobre mi salud indicada abajo, que puede incluir información referente a enfermedades contagiosas tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales, dependencia de alcohol o sustancias químicas, resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, tratamiento, o cualquier información similar. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla. Además, entiendo que ni el servicio para el cuidado de mi salud ni el pago por tales servicios serán afectados si no firmo este formulario.

Entiendo que si la persona o entidad autorizada para recibir esta información no está cubierta bajo la las regulaciones federales sobre privacidad, con la excepción de la concerniente a dependencia de sustancias químicas, la información podría no estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad.

**Fecha(s) del servicio** (*en caso de ser conocida(s)*): \_\_\_\_\_

**Descripción de la información a ser divulgada:** (marque todas las que apliquen)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones             | <input type="checkbox"/> Historia médica                  | <input type="checkbox"/> Discharge Summary       | <input type="checkbox"/> Educacional            |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica   | <input type="checkbox"/> Servicios/ Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Ordenes medicas         | <input type="checkbox"/> Financiera/Facturación |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica  | <input type="checkbox"/> Medicamentos prescritos          | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Alcohol/Usos de drogas |
| <input type="checkbox"/> VIH Información          | <input type="checkbox"/> Diagnósticos                     | <input type="checkbox"/> Notas sobre progreso    | <input type="checkbox"/> Vocacional             |
| <input type="checkbox"/> Otros—especifique: _____ |   |  |   |

**Descripción del propósito del uso y/o divulgación:** (marque todas las que apliquen)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguimiento                    | <input type="checkbox"/> Asistencia en planificación de tratamiento                    | <input type="checkbox"/> Continuidad del tratamiento       |
| <input type="checkbox"/> Verificación Financiera/Seguro | <input type="checkbox"/> Verificación del mantenimiento de las citas                   | <input type="checkbox"/> Supervisar estado médico          |
| <input type="checkbox"/> Verificación de medicamentos   | <input type="checkbox"/> Determinar elegibilidad-Beneficios por incapacidad (SSI) etc. | <input type="checkbox"/> Procedimiento legal/Actualización |
| <input type="checkbox"/> Ubicación residencial          | <input type="checkbox"/> Asesoría/supervisión necesidades de tratamiento               | <input type="checkbox"/> A solicitud del consumidor        |
| <input type="checkbox"/> Otros—especifique: _____       |  |  |

**Tipo de divulgación:**  Copia en papel  Electrónico y copia en papel  Verbal  Verbal y copia en papel  Revisión

Entiendo que esta autorización expirará al cabo de un año a partir de la fecha de su firma, a menos que yo especifique lo contrario. Es mi deseo que esta autorización sea efectiva hasta \_\_\_\_\_.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a The Harris Center. Además entiendo que la revocación debe ser firmada y fechada con fecha posterior a la de esta autorización. Las revocaciones no afectaran ninguna acción tomada antes del recibo de la revocación por escrito.

<hr/> Firma del paciente o Representante Legalmente Autorizado	<hr/> Fecha	<hr/> Nombre del Representante Legalmente Autorizado ( <i>Letra de molde</i> )
<hr/> Testigo (Si, es incapaz de firmar)	<hr/> Relación de Representante con el paciente	
<hr/> Testigo (Si, es incapaz de firmar)	o <hr/> Persona Autorizada (incluir documentación de apoyo)	

**UNA FOTOCOPIA O FACSIMILE ES TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL PARA PROPÓSITOS DE TRATAMIENTO, PAGO, EDUCACIÓN Y/O DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS.**

Para el Uso Personal de The Harris Center Solamente

<hr/> Identidad de solicitante verificada	<hr/> Divulgación escrita procesada por:
<hr/> Firma/Fecha	<hr/> Nombre del empleado/Iniciales/Fecha
<input type="checkbox"/> Identificación con fotografía <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> De mi conocimiento	

Autorización revocada en \_\_\_\_\_ Y revisada por \_\_\_\_\_, Vea la revocación firmada en página atrás.  
mm/dd/aaaa Nombre del personal en molde y iniciales

## REVOCAION DE DIVULGAR LA AUTORIZACION INFORMACION DE SALUD DEL CONSUMIDOR

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **# de Caso:** \_\_\_\_\_

**Fecha Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **# del Seguro Social:** \_\_\_\_\_

A partir de esta fecha,		, retiro mi permiso de salud que Previamente di a
	Mes/día/año	
The Harris Center en		
Fecha de revocación de autorización		
para divulgar a/recibir de		
Personal/Nombre de la Organización sobre la revocación de autorización		
Información de mi salud. Yo entendido que desde hoy en adelante mi información de salud no va a ser		
divulgada a la persona o organización mencionada anteriormente a menos que de mi permiso por escrito .		

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Molde del Representante Legalmente Autorizado (RLA)

\_\_\_\_\_  
Representante Legalmente Autorizado-Relación del Consumidor  
*(anexar documentos de confirmación)*