



A quien corresponda:

Con el fin de ayudarnos a procesar su solicitud n tiempo y forma apropiada necesitaremos la siguiente información sobre la **Autorización para divulgar información de salud** para se complete correctamente.

- Nombre del Individuo
- Fecha de Nacimiento
- Número de seguro social o número de caso
- A quien usted está autorizando
- Marque una de las siguientes acciones: Para divulgar o recibir de
- Marque si usted desea la información
 - Enviado por correo
 - Recoger (si desea recogería por favor asegúrese de añadir un número de teléfono en que se le pueda localizar.)
- Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal y número de teléfono a quien la información será enviada.
- Fechas de servicio (si se conocen)
- Revisar toda la información necesaria que le gustaría conocer
- Comprobar el propósito de la solicitud
- Tipo de revelar – papel de copia única
- Firme y ponga la fecha la autorización
- Si usted es LAR (representate legal autorizado) firme y ponga la fecha de autorización.
- **Si cree que esta solicitud contiene información sobre abuso de sustancias o VIH, marque las casillas correspondientes; de lo contrario, no podremos procesar su solicitud.**

Una vez que haya terminado de llenar la autorización puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

The Harris Center for Mental Health and IDD
Attn: H.I.M. Department
9401 Southwest Freeway
Houston, Texas 77074

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la Autorización puede llamar al (713) 970-7330. Email: ROICoordinator@TheHarrisCenter.org o Facsímile: (713) 970-3817.

Gracias,

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE/INDIVIDUO

Nombre del Paciente (*Letra de molde*) _____ Fecha de nacimiento _____ # de Seguro Social (últimos 4 dígitos) o # de Caso _____ # de Medicaid _____

Mediante la presente autorizo a:

The Harris Center _____

A divulgar: **Recibir de:** **Recogida** **Correo**

Dirección: _____

Nombre (*Letra de molde*): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono y/o Fax: _____

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 al 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. También entiendo que ni el servicio para el cuidado de mi salud ni el pago por ellos serán afectados si no firmo este formulario.

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

Consentimiento de TPO:

Entiendo que, si el destinatario de este uso o divulgación es una entidad cubierta o un socio comercial, mi historial (o la información contenida en el) podría ser divulgado nuevamente para tratamiento, pago u operaciones de atención medica de acuerdo con las autorizaciones contenidas en las regulaciones de HIPAA y el Título 42 del CFR, Parte 2, y podría dejar de estar protegido. Esta autorización excluye usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en mi contra.

El consentimiento que autoriza el uso o la divulgación de notas de asesoramiento sobre SUD no se puede combinar con otros consentimientos.

Entiendo que el consentimiento para compartir información para TPO puede ser una condición para recibir atención, siempre que la agencia tenga la capacidad de adaptarse a cualquier restricción que pueda solicitar sobre el uso y la divulgación.

Solicitud de restricción: Individuo _____ Información _____

Fecha(s) del servicio (*en caso de conocerla(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/Uso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Información sobre VIH | <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 para mantenimiento de las citas | <input type="checkbox"/> Solicitud Individual/Paciente |
| <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 de necesidades de tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud <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 _____. No fecha de expiración (solo TPO)

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 misma por escrito.

Firma del paciente o Representante Legalmente Autorizado _____ Fecha _____ Nombre del Representante Legalmente Autorizado (*Letra de molde*) _____

Testigo (Si, es incapaz de firmar) _____ Relación de Representante con el paciente _____

Testigo (Si, es incapaz de firmar) _____ Persona Autorizada (incluir documentación de apoyo)

Identidad de solicitante verificada _____ Divulgación escrita procesada por: _____
 Firma/Fecha _____ Nombre del empleado/Iniciales/Fecha _____

Identificación con fotografía Firma De mi conocimiento

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE/INDIVIDUO

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 entiendo que desde hoy en adelante mi información de salud no va a ser divulgada a la persona u organización mencionada con anterioridad a menos que de mi permiso por escrito.

Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado (RLA)

Fecha

Nombre en Molde del Representante Legalmente Autorizado (RLA)

Relación del Paciente/Individuo con el Representante Legalmente Autorizado
(anexar documentos de confirmación)