



**Clínica Comunitaria del Condado de Summit
Autorización para Uso y Divulgación
de Información de Salud Mental**

360 Peak One Drive, Suite 100
Post Office Box 4337 Frisco, CO 80443
Phone: (970) 668-4040
Fax: (970) 668-6699

Nombre del paciente: _____ Nombre anterior: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Últimos cuatro dígitos del SSN: _____ Teléfono: (____) ____ - _____
 Dirección postal: PO BOX: _____ Dirección física: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Mi Autorización

ENTIENDO QUE LAS REGULACIONES ESTATALES Y FEDERALES GOBIERNAN LA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE MI INFORMACION DE SALUD IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE (CFR 42 PARTE 2, CRS 25. 1 HIPAA) 42 CFR PARTE 2 ESPECIFICAMENTE PROTÉGÉ INFORMACION CONFIDENCIAL SOBRE TRATAMIENTO POR EL ABUSO DE SUSTANCIAS DE DROGAS Y ALCOHOL. POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO A LA CLINICA COMUNITARIA A USAR O DIVULGAR INFORMACION DE SALUD SOBRE MI.

Usted puede usar o divulgar la siguiente información de cuidados de salud (ponga sus iniciales en aquellos que está solicitando):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación/Diagnostico de salud mental | <input type="checkbox"/> Evaluación resultados de pruebas |
| <input type="checkbox"/> Notas psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Información de abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Actualizaciones, resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Historia social/antecedentes |

Otra: _____

La información divulgada se utilizará para los siguientes fines:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A petición del paciente | <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención |
| <input type="checkbox"/> Propósitos de evaluación | <input type="checkbox"/> Multi-agencia de coordinación de cuidados |
| <input type="checkbox"/> Obtención de servicios para el paciente | <input type="checkbox"/> Informes a cortes u otras agencias |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento, pago de operaciones de salud | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Usted puede divulgar esta información de salud a / desde:

Nombre (o título) de la organización/facilidad: _____

Asunto: _____ **Dirección:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: (____) ____ - _____ **Fax:** (____) ____ - _____

Firma individual del paciente o legalmente autorizada

Fecha

Hora

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente

Relación con el paciente

Nombre/Firma del testigo

Fecha

MI HABILIDAD PARA OBTENER SERVICIOS EN LA CLINICA COMUNITARIA NO DEPENDE DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN A MENOS QUE UN TRIBUNAL O TERCEROS AUTORIZADOS HAYA REQUERIDO MI TRATAMIENTO. ENTIENDO QUE CIERTAS DIVULGACIONES SE PUEDEN HACER SIN MI PERMISO COMO SE DESCRIBE EN EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE LA CLINICA. ENTIENDO QUE LAS COPIAS DE ESTE FORMULARIO PUEDEN SER UTILIZADAS EN LUGAR DEL ORIGINAL Y QUE LAS FIRMAS RECIBIDAS POR FAX SEAN ACEPTADAS. LA CLINICA COMUNITARIA NO PUEDE GARANTIZAR QUE LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA A TRAVÉS DE ESTA AUTHOIZATION NO SE VUELVAN A DIVULGAR A OTRA PARTE. ENTIENDO QUE EL DESTINATARIO PUEDE O NO ESTAR SUJETO A LAS LEYES FEDERALES QUE PROTEGEN LA INFORMACIÓN DE SALUD. ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER REVOCADA EN CUALQUIER MOMENTO, POR ESCRITO. SI NO SE REVOCA, ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ EN UN AÑO O SEIS MESES DESPUÉS DE LA ÚLTIMA FECHA DE SERVICIO, LO QUE SEA ANTES.

Los registros se publicarán en un plazo de 10 días hábiles. Si tiene una situación urgente, notifíquelo a un miembro del personal.

OFFICE USE ONLY Initials of personnel releasing: _____ Date: _____ **Circle:** Faxed / Mailed / Delivered In-Person