

LA AUTORIZACION PARA LA OBTENCION/DIVULGANCION DE INFORMACION

Nombre del Cliente	Fecha de Nacimiento
Dirreccion del Cliente	Numero de Telefono del Cliente

Yo, o mi representante autorizado, pido/e que la informacion acerca de mi salud, cuidado y tratamiento sea divulgada como se indica en este documento. De conformidad con las Normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro medico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorizacion puede incluir la divulgacion de informacion acerca del tratamiento en contra de la drogadiccion o el alcohol, o para la salud mental, con la excepcion de los apuntes de la psicoterapia, solo si estos articulos esten marcados bajo el No. 12. En el evento que la informacion de salud descrita abajo incluya informacion de esa clase, y lo haya indicado abajo en No. 12, yo doy permiso especifico para la divulgacion de tal informacion a la(s) persona(s) indicada(s) en este renuncio.
2. Si autorizo la divulgacion de informacion acerca del tratamiento de salud mental, entiendo que es posible que el recipiente vuelva a revelar esta informacion sin mi autorizacion pero que esto anulara la responsabilidad de la autorizacion de Astor.
3. Si autorizo la entrega del tratamiento en contra del abuso del alcohol o la drogadiccion, entiendo que 42 CFR Parte 2 prohíbe que esta informacion vuelva a ser revelada por el recipiente sin mi consentimiento adicional.
4. Si deseo autorizar la divulgacion de Informacion confidencial relacionada con el VIH, necesito completar un renuncio distinto para la divulgacion de informacion relacionada con el VIH para que esta informacion sea divulgada/obtenida.
5. Esta autorizacion no le da permiso a Astor a discutir mi informacion con nadie mas de la persona/agencia indicada abajo.
6. Esta autorizacion es valida hasta que yo haya sido dado/a de alta del programa o que yo revoque esta autorizacion.
7. Puedo revocar esta autorizacion cuando quiera por con una peticion escrita (salvo para la informacion ya divulgada) que sera entregada a Astor. Esta revocacion sera anotada en seccion 15 abajo.
8. Entiendo que para proteger la confidencialidad de los registros, mi decision para divulgar u obtener informacion es necesario y que este permiso es limitado a los propositos y a las personas/agencias enumeradas abajo. Mientras no es una condicion necesaria para el tratamiento.
9. Entiendo que es mi decision firmar esta autorizacion; mi tratamiento, pago, inscripcion en sus programas o elegibilidad para recibir servicios no dependera de mi autorizacion de divulgacion.
10. Yo autorizo a Astor a: Divulgar y / o recibir información con la siguiente:

11. Nombre de la persona, proveedor de salud o agencia para liberar / recibir esta información a /desde:
--

Dirreccion	Numero de Telefono
------------	--------------------

12. Informacion especifica que divulgar/recibir (marque todos los articulos que aplican):	
<input type="checkbox"/> Historia Social	<input type="checkbox"/> Información Académica /Informacion de la Escuela
<input type="checkbox"/> formularios de admission	<input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica / Pruebas
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Información sobre la Salud Física
<input type="checkbox"/> Información de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Alcohol/Droga
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento / Comentarios	<input type="checkbox"/> Resumen de alta
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

13a. Autorización para Verbalmente (en persona o por teléfono) Discutir Información Protegida de Salud:
 Iniciales aquí _____ Autorizo a Astor Sevices discutir verbalmente mi información de salud con las personas que figuran qui:

13b. Autorización para enviar por correo electrónico y discutir información de salud protegida: sí no
 En caso afirmativo, al inicializar here _____ I autorizo a Astor Services a enviar por correo electrónico y discutir por correo electrónico mi información de salud con las personas listadas aquí. Astor utiliza medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico. Sin embargo, esta protección no puede garantizarse. Astor Sevices para niños y familias no es responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por el uso indebido intencional o negligente de Astor.

_____ (Nombre o agencia y dirección de correo electrónico (si está aprobada) listada bajo #10 arriba)

14. Esta información se publica con el fin de:		
<input type="checkbox"/> Inicial/Continuar Tratamiento	<input type="checkbox"/> Litigacion	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Planificación del tratamiento	<input type="checkbox"/> Médico / Servicios de Referencia	
<input type="checkbox"/> Evaluacion	<input type="checkbox"/> O Seguimiento de Referencia	

15. Todos los artículos sobre esta línea (en la página anterior) han sido revisados conmigo y mis preguntas han sido contestadas, además me han proporcionado una copia de este formulario.

Firma del Cliente o Tutor Legal

Fecha

Si no es cliente, nombre de la persona que firma esta forma

La autoridad para firmar en nombre del cliente

Testigo

Fecha

16. Revocación de Autorización para la Divulgación de Información:

Complete esta sección sólo si desea revocar esta autorización: Cualquier información dada a conocer con anterioridad a esta fecha de la firma no se aplica a partir de esta revocación. Si se firma abajo, yo revoque la autorización de divulgación de la información sobre la fecha de la revocación:

Firma del Cliente o Tutor Legal

Fecha de Revocación

Nombre del Cliente

La autoridad para firmar en nombre del cliente

Testigo

Fecha

Instrucciones para llenar este formulario:

1. este formulario debe completarse en su totalidad en PEN o no es válido.
2. nombre del cliente, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono son requeridos en la parte superior del formulario.
3. un padre/tutor/cliente de más de 18 años de edad (partes aprobadas) debe completar este formulario.
4. una de estas partes aprobadas debe verificar una o ambas cajas bajo #10.
5. la Agencia y/o nombre de la persona para divulgar u obtener esta información debe rellenarse bajo #11; Esto debe incluir dirección y número de teléfono.
6. los artículos bajo #12 deben ser comprobados y iniciados por el padre/tutor/cliente durante 18 años de edad para que la información sea liberada.
7. se requiere que 13a se complete
8. 13b es una opción de autorización para el correo electrónico y la dirección de correo electrónico o dominio correspondiente deben colocarse en la línea. Ex. ndauley@astorservices.org o un padre puede anotar "todas astorservices.org direcciones de correo electrónico)
9. se debe comprobar al menos una caja bajo #14 para que este formulario sea válido.
10. todas las secciones del #15 del artículo se deben rellenar en c
11. Si la autoridad para firmar en nombre del cliente es un poder notarial, entonces los documentos del poder notarial deben ser recibidos antes de que esta autorización sea completada.
12. Si el padre/tutor/cliente de más de 18 años de edad desea revocar esta autorización, todos los artículos bajo #15 deben completarse.
13. Si no se completan todos los artículos de este formulario, el formulario será devuelto al testigo para correcciones; es entonces responsabilidad del testigo contactar al padre/tutor/cliente más de 18 años de edad para que se corrija la autorización.