

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR INFORMACIÓN

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

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario. De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el tratamiento de alcohol y drogas y el tratamiento de salud mental, excepto las notas de psicoterapia, solo si estos artículos tienen las iniciales bajo el #12. Si tiene mis iniciales en el n.º 12, yo o mi representante autorizado autorizamos específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en este comunicado.
2. Si mi representante autorizado o yo autorizamos la divulgación de información sobre tratamientos de salud mental, se entiende que existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar esta información sin autorización, pero esto anulará la responsabilidad de la autorización de Astor.
3. Si yo o mi representante autorizado estamos autorizando la divulgación del tratamiento de alcohol, drogas o sustancias, se entiende que la ley federal 42 CFR Parte 2 restringe que el destinatario vuelva a divulgar esta información sin consentimiento adicional.
4. Si mi representante autorizado o yo deseamos autorizar la divulgación de información confidencial relacionada con el VIH, se requiere que yo o mi representante autorizado completemos un formulario de autorización relacionado con el VIH por separado para divulgar/obtener esta información.
5. Esta autorización no le permite a Astor discutir verbalmente o enviar información por correo electrónico con nadie que no sea la persona/agencia que se indica a continuación en 13A y B.
6. Esta autorización es válida hasta que el cliente haya sido dado de baja del programa, el cliente cumpla 18 años de edad (si el cliente era menor de edad al momento de la admisión), o yo o mi representante autorizado revoquemos esta autorización. A la edad de 18 años, Astor actualizará esta autorización con base en la autorización directa del cliente.
7. Yo o mi representante autorizado podemos revocar esta autorización en cualquier momento mediante solicitud por escrito (excepto para la información ya divulgada). Esta revocación se hará constar en el apartado 17 siguiente.
8. Yo o mi representante autorizado entendemos que para proteger la confidencialidad de los registros, es necesario el acuerdo para divulgar u obtener información y que este permiso se limita a los fines ya las personas/agencias que se enumeran a continuación. Si bien no es una condición requerida para el tratamiento.
9. Yo o mi representante autorizado entendemos que firmar esta autorización es voluntario; el tratamiento, el pago, la inscripción en los programas de Astor o la elegibilidad para los servicios no estarán condicionados en base a mi autorización de divulgación.
10. Yo o mi representante autorizado 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:

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| <b>Dirreccion</b> | <b>Numero de Telefono</b> |
|-------------------|---------------------------|

12. Información específica que divulgar/recibir (marque todos los artículos que aplican):

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia Social                   | <input type="checkbox"/> Información Académica / Información de la Escuela |
| <input type="checkbox"/> formularios de admision           | <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 \_\_\_\_\_ Yo o mi representante autorizado autorizo a Astor a enviar y discutir por correo electrónico la información de salud del cliente con las personas que se enumeran aquí. Astor utiliza medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, esta protección no se puede garantizar. Astor no es responsable por la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por el mal uso 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:

- Inicial/Continuar Tratamiento     Litigación     Otro: \_\_\_\_\_  
 Planificación del tratamiento     Médico / Servicios de Referencia  
 Evaluación     O Seguimiento de Referencia

15. Todos los elementos por encima de esta línea (en la página anterior) han sido revisados con mi representante autorizado y se han respondido todas las preguntas, además, mi representante autorizado o yo hemos recibido 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. Verificación de consentimiento verbal por parte del personal de Astor: esta sección verifica que todos los elementos anteriores al n.º 15 (en la página anterior) se hayan revisado con el teléfono del cliente/representante legal que se menciona a continuación y que el cliente/representante legal proporcionó autorización verbal para dicha divulgación. Los testigos deben cada uno de los elementos iniciales bajo el n.º 12 verificados por la autorización verbal.

Se recibió autorización verbal de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.  
 (nombre del padre / tutor / cliente)      (Fecha)      (Tiempo: hh: mm)

\_\_\_\_\_  
Testigo # 1 Nombre

\_\_\_\_\_  
Testigo # 1 Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo # 2 Nombre

\_\_\_\_\_  
Testigo # 2 Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

17. Revocación de Autorización para la Divulgación de Información:

Complete esta sección solo si el cliente/representante autorizado desea revocar esta autorización: Cualquier información divulgada antes de esta fecha de firma queda exenta de esta revocación. Si está firmado a continuación, yo o el representante autorizado revocamos la autorización de divulgación de información en la fecha de revocación indicada:

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Revocación

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_  
La autoridad para firmar en nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Instrucciones para completar este formulario:

1. Este formulario debe ser completado en su totalidad en PEN o no es válido.
2. Se requiere el nombre del cliente, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono en la parte superior del formulario.
3. Un cliente (mayor de 18 años)/representante autorizado (partes aprobadas) debe completar este formulario.
4. Una de estas partes aprobadas debe marcar una o ambas casillas debajo del #10.
5. La agencia y/o el nombre de la persona para divulgar u obtener esta información debe completarse en el número 11; esto debe incluir la dirección y el número de teléfono.
6. Los elementos debajo del # 12 deben ser INICIALES por el cliente (mayor de 18 años)/representante autorizado (o testigos si hay autorización verbal) para que se divulgue la información.
7. Se requiere completar 13a
8. 13b es una autorización opcional para enviar correos electrónicos y la dirección de correo electrónico correspondiente debe colocarse en la línea.
9. Se debe marcar al menos una casilla debajo del #14 para que este formulario sea válido.
10. Todas las secciones del ítem #15 deben ser llenadas completa y legiblemente; firma, nombre impreso, autoridad para firmar (es decir, madre, padre, etc.), fecha, testigos y fecha del testigo, todo debe completarse.
11. Si la autoridad para firmar en nombre del cliente es un poder, entonces los documentos del poder deben ser recibidos y revisados por el departamento de gestión de información antes de que se divulgue la información.
12. Para autorización verbal: Todas las secciones del punto #6 deben completarse en forma completa y legible (nombre de la persona que da la autorización verbal, fecha, hora en que se dio; nombres de los testigos, firmas y fechas).
13. Si el cliente (mayor de 18 años)/representante autorizado desea revocar esta autorización, se deben completar todos los puntos bajo el #17.
14. Si no se completan todos los elementos de este formulario, el formulario se devolverá al testigo para que lo corrija; entonces es responsabilidad del testigo ponerse en contacto con el cliente (mayor de 18 años)/representante autorizado para corregir la autorización.