



Departamento de Registros Clínicos 791 Chambers Road #406, Aurora, CO 80011
Teléfono 303.617.2336 Fax 303.617.2445 ClinicalRecords@aumhc.org

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN O AUTORIZACIÓN

Nombre del Cliente (en letra de imprenta) _____ SSN (últimos 4 dígitos) ____/____/____ Fecha de Nacimiento _____ CID _____

Encierre en un círculo o marque uno o ambos a continuación, si corresponde:

Yo autorizo al **(Centro de Salud Mental de Aurora)** y/o **(Centro de Desarrollo de Asia Pacífico)**

intercambiar información con: _____
Nombre de la Persona/Organización/Médico/Agencia/Hospital/Distrito Escolar

Teléfono _____ Fax _____ Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

Solicito que los registros / información se divulguen en el siguiente formato:

- Información Verbal Impresa Electrónica Certificada

Solicito que los registros / información se divulguen de la siguiente manera:

- Por Correo Por Fax Ir a Buscar
 Por Correo Electrónico Seguro (*Escriba el correo electrónico:* _____)

La información a divulgar incluye la siguiente documentación marcada:

- Registro Completo *O marque a continuación:*
 Historial Médico Evaluaciones Psiquiátricas / Psicológicas Notas de Progreso
 Planes de Atención Resúmenes de Alta Evaluación de Admisión
 Otro _____

Las fechas incluyen: De _____ Hasta _____ Todas Las Fechas Últimas 4 semanas Últimos 6 meses
 El año pasado Otro: _____

El propósito de la divulgación es: Continuidad de la atención Otro: _____

ENTIENDO que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario. El destinatario no puede volver a divulgar la información sobre un trastorno por uso de sustancias sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las reglas pertinentes [42 C.F.R. Parte 2].

ENTIENDO que, si decido divulgar información sobre el VIH / SIDA, esa información puede estar en los registros que se divulgarán a la persona o agencia mencionada anteriormente.



ENTIENDO que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Centro, excepto en la medida en que el Centro ya haya tomado medidas sobre esta solicitud. Esta Autorización vencerá el _____ (fecha) o, si se deja en blanco, dos años después de la fecha de mi firma. Libero al Centro de toda responsabilidad por divulgar la información solicitada.

ENTIENDO que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios pueden no estar condicionados a la firma de esta Autorización.

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACION

La ley federal (42 C.F.R. Parte 2) prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Firma del Cliente o Representante Legal

Fecha

Escriba en letra de imprenta el nombre del Representante Legal

Teléfono

Si usted no es el cliente, indique su autorización para actuar en nombre del cliente:

- Padre del menor Guardián GAL MDPOA
 Representante personal (patrimonio) (se requiere documentación)

Por la presente revoco esta Autorización para Divulgar Información.

Firma del Cliente o Representante Legal

Fecha