

Autorización Para Divulgar Información de Salud Protegida

Por favor, lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información de salud protegida (ISP). Las entidades cubiertas tal como ese término definidas por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud y el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.001 deben obtener una autorización firmada por el individuo o el representante legalmente autorizado de la persona para divulgar información de salud protegida de esa persona electrónicamente. No se requiere autorización para las revelaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica, realización de ciertas funciones de seguros, o como puede ser autorizado de otra manera por la ley. Individuos no serán negados el tratamiento debido a la falta de firma de este formulario de autorización.

Nombre del Cliente _____

Otros Nombres Utilizados _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Dirección- Línea 1 _____

Dirección- Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Telefono _____ Tel. Alternativo _____

Correo Electronico (Opcional): _____

Autorizo a WTCG a Divulgar y/o Recibir / Utilizar la IMP del Individuo:

West Texas Counseling & Guidance

36 E. Twohig Ave, Cactus Hotel, 6th Floor

Dirección de envío- 242 N. Magdalen, San Angelo, TX 76903

Tel. Oficina: 325-944-2561 Fax: 325-653-4218 info@wtcg.us www.wtcg.us

Quien puede Divulgar y/o Recibir/Usar la ISP del Individuo?

Persona/ Organización _____

Dirección de envío _____

Ciudad _____ Estado _____ Cod. Postal _____

Tel. _____ Fax _____

RAZONES PARA LA DIVULGACIÓN
 (Elija solo una opción a continuación)

- Tratamiento / Cuidado Médico Continuo
- Uso Personal
- Facturación o reclamaciones
- Seguro de Salud
- Propósitos Legales
- Determinación de discapacidad
- Educación
- Empleo
- Otro _____

QUE INFORMACION SE PUEDE DIVULGAR? Complete lo siguiente indicando los elementos que desea divulgar. La firma de un cliente menor es necesaria para la divulgación de algunos de estos artículos. Si se va a divulgar toda la información sobre la salud, solo marque la primera casilla.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda Información de Salud | <input type="checkbox"/> Resumen de admisión | <input type="checkbox"/> Historial Físico | <input type="checkbox"/> Información Escolar |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Progreso | <input type="checkbox"/> Resultados de Pruebas Psicológica | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Datos de Facturación |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Informes/Consultas Psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Historial Psicológico |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Asistencia al Tratamiento | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Sus iniciales son requeridos para divulgar la información siguiente:

_____ Registros de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia) _____ Resultados de la prueba / tratamiento de VIH/SIDA

_____ Registros de Drogas, Alcohol, y Abuso de Sustancias

PERIODO EFECTIVO. Esta autorización es válida hasta el primero de los siguientes: la ocurrencia de la muerte del individuo; el individuo alcanza la mayoría de edad; se retira el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional): _____

DERECHO A REVOCAR. Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito en la que manifiesto mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIEN PUEDE RECIBIR/USAR LA ISP DEL INDIVIDUO". Entiendo que las acciones anteriores tomadas en dependencia de esta autorización por entidades que tuvieran permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN. He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de la información de salud que se ha producido antes de la revocación o que sea permitido por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo la divulgación a las entidades cubiertas como lo provee el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.154(c) y/o 45 C.F.R. §164.502(a)(1). Entiendo que la información revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el receptor y ya no puede ser protegida por leyes de privacidad federales o estatales.

 Firma del Cliente o Representante Legalmente Autorizado del Cliente

 Nombre del representante legalmente autorizado (si corresponde)

 Fecha

Si es representativo, especifique la relación con el cliente: Padre del Menor Guardián Otro _____

La firma de un menor de edad es necesaria para la publicación de ciertos tipos de información, incluyendo la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, y abuso de drogas, alcohol o sustancias, o tratamiento de salud mental (Vea, p.ej., Cod. de la Fam. de Texas §32.003).

 Firma del Cliente Menor de Edad

 Fecha

Información Importante Sobre la Autorización Para Divulgar Información de Salud Protegida

Este formulario está diseñado con la intención de cumplir con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud y Normas de Privacidad, y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 181).

Las entidades cubiertas, según se define este término por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud y el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.001, debe obtener una autorización firmada por el individuo o un representante legalmente autorizado por el individuo a divulgar electrónicamente la ISP de ese individuo. No se requiere autorización para las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica, realizaciones de ciertas funciones de seguro, o según lo autorice la ley. (Código de Salud y Seguridad de Texas §§181.154(b), (c), §241.153; 45 C.F.R. §§164.502(a)(1); 164.506, and 164.508).

La autorización proporcionada por el uso del formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede revelar, comunicar, o enviar la información de salud protegida de la persona nombrada a la organización, entidad o persona identificado en el formulario, incluso mediante el uso de cualquier medio electrónico.

Definiciones - En la forma, los términos "tratamiento," "operaciones de atención médica," "notas de psicoterapia," y "información de salud protegida" son definidas en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (45 CFR 164.501). "Representante legalmente autorizado" como se utiliza en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Cod. Laboral de Tex. §151.002(6); Cod. de Salud y Seguridad de Tex. §§166.164, 241.151; y Cod. de Probate de Tex. §3(aa)).

Información de Salud que Sera Divulgada- Si se selecciona "Toda Información de Salud" para su liberación, información de salud incluye pero no se limita a, todos los registros y otra información relacionada con el historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas de análisis, y atención ambulatoria, y también registros educativos que pueden contener información de salud. Como se indica en el formulario, se requiere autorización específica para la liberación de la información sobre ciertas condiciones sensibles, incluyendo:

- Registros de salud mental (excluyendo "notas de psicoterapia" como se define en Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud 45 CFR §164.501).
- Registros de drogas, alcohol o abuso de sustancias.
- Registros o pruebas relacionados con VIH/SIDA.
- Enfermedades genéticas (hereditarias) o pruebas (excepto como puede estar prohibido por 45 C.F.R. §164.502).

Nota Sobre la Publicación de los Registros de Salud - Este formulario no es requerido para la divulgación permisible de la información de salud protegida de un individuo a la persona o al representante legalmente autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§164.502(a)(1)(i), 164.524; Cod. de Salud y Seguridad de Tex. §181.102). Si solicita una copia de los registros de salud del individuo con este formulario, la ley estatal y federal permite tal acceso, a menos que dicho acceso sea determinado por el médico o proveedor de salud mental como perjudicial para la salud física, mental o emocional del individuo. (Cod. de Salud y Seguridad de Tex. §§181.102, 611.0045(b); Cod. Laboral de Tex. §151.002 (a); 45 C.F.R. §164.502(a)(1)). Si usted especifica a un proveedor de salud en la sección de "Quien puede Recibir y Usar la Información de Salud Protegida" de este formulario, el permiso a recibir información de salud protegida incluye a médicos, o a otros proveedores de salud (como enfermeras y personal médico) que son parte del cuidado médico del individuo en la oficina de ese proveedor médico o persona seleccionada. Si una entidad no asociada con un proveedor de salud es especificada, el permiso a recibir información de salud protegida incluye personal de la organización o agentes y subcontratistas que llevan a cabo actividades y propósitos permitidos por este formulario en esa organización. Individuos pueden tener derecho a restringir ciertas divulgaciones de información de salud protegida relacionada con servicios pagados en completo por el individuo. (45 C.F.R. §164.522(a)(1)(vi)).

Limitaciones de este formulario - Este formulario de autorización no se utilizará para la divulgación de cualquier información de salud relacionada con: (1) registración en un plan de beneficios de salud y/o determinaciones de registro relacionadas (45 C.F.R. §164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii)); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. §164.508(b)(3)(ii)); o fines de investigación (45 C.F.R. §164.508(b)(3)(i)). El uso de este formulario no exime a ninguna entidad del cumplimiento de las leyes federales o estatales aplicables o regulaciones de acceso, uso o divulgación de información de salud o otra información personal sensible (p.ej., 42 CFR Parte 2, restringir el uso de información relacionada con el abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no da derecho a una entidad o sus empleados agentes o asignados a cualquier limitación de responsabilidad por actos o omisiones relacionados con el acceso/uso, o de la divulgación de la información de salud obtenida a través del uso de la forma.

Cargos - Algunas entidades cubiertas pueden cobrar una cuota de recuperación/procesamiento y por las copias de los registros médicos. (Código de Salud y Seguridad de Texas §241.154).

Derecho a Recibir Copia - El individuo y/o el representante legalmente autorizado del individuo tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.