

**Autorización de terceros para usar/divulgar información médica y sobre trastornos
por consumo de sustancias**

Yo, _____, autorizo a _____ a divulgar mi información médica y mis registros de trastornos
(Nombre del paciente) (Nombre del proveedor)
por consumo de sustancias, como se describe a continuación.

1. Información que se divulgará. Autorizo la divulgación de la siguiente información. Comprendo que la información que se revelará o divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y consumo de sustancias.

Todos mis registros médicos.

O solo los registros médicos y/o la información sobre consumo de sustancias que se encuentre en los siguientes tipos específicos de registros (marque cada área).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dosificación del/de los medicamento(s)/notas de evolución | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Citas |
| <input type="checkbox"/> Evolución en el tratamiento/verificación | <input type="checkbox"/> Información de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Información de seguro/características demográficas |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Información financiera |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución clínica | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | |

Fechas de los servicios que se divulgarán _____

2. Destinatario: _____ (Nombre de la persona u organización a la que se va a hacer la divulgación)

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax/correo electrónico: _____

3. Propósito de la divulgación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención | <input type="checkbox"/> Pagos/beneficios |
| <input type="checkbox"/> Coordinación del tratamiento | <input type="checkbox"/> Administración |
| <input type="checkbox"/> Contrato de emergencia | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

La información divulgada en función de esta autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario y puede dejar de estar protegida por las regulaciones de privacidad federales o estatales, excepto que la ley federal prohíba al destinatario volver a divulgar la información sobre trastornos por consumo de sustancias sin consentimiento adicional. En algunos casos, la ley estatal o federal también puede restringir la redivulgación de información sobre VIH/sida o enfermedades de transmisión sexual (ETS), información sobre salud mental e información sobre pruebas genéticas. Comprendo que Connections Health Solutions no me negará servicios de tratamiento si me niego a firmar una autorización para revelar información.

4. Vencimiento. Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento por correo (Connections Health Solutions, Attn Medical Records, 2390 E. Camelback Rd, Suite 400, Phoenix, AZ 85016). Comprendo que la revocación no será efectiva retroactivamente para las divulgaciones de información que ya hayan ocurrido. Si no fue revocado previamente, este consentimiento terminará:

- en un año a partir de la fecha de la firma; **O**
 tras una fecha, un evento o una condición específicos según lo indicado aquí: _____
(Fecha, evento o condición específicos)

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____

Número de registro médico: _____

Si la persona no puede firmar debido a una incapacidad legal, se requiere la firma de su representante personal. Se debe adjuntar la documentación de la autoridad legal del representante personal.

Firma del representante personal: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Autoridad legal: _____

Al firmar a continuación, revoco este consentimiento para revelar información médica confidencial.

Revocación del paciente: _____

Fecha: _____

Las personas que reciben información confidencial no pueden divulgar dicha información posteriormente si esta se refiere al consumo o tratamiento de drogas o alcohol. Se le ha divulgado esta información proveniente de registros protegidos por normas federales de confidencialidad (Título 42, Parte 2, Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, C.F.R.] [42 C.F.R. Parte 2]). Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación posterior de esta información, a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita de otro modo el 42 C.F.R.

Parte 2. Una autorización general para revelar información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. El 42 C.F.R. Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto según lo dispuesto en 2.12(c)(5) y 2.65.

Formulario revisado el 7/14/2021