



Formulario de Divulgación Confidencial de Información

Caso #: _____

Dirección/Teléfono: 1500 Pappas Street Laredo, TX 78041 956-794-3000
 Envíe todas las 101 US Hwy. 83 Zapata, Tx 78076 956-765-9664
 solicitudes por fax a: 106 E. Amada Street Hebbbronville, TX 78361 361-527-5771
 956-794-3176 2751 Pharmacy Road Rio Grande City, TX 78582 956-478-3748

Yo, _____, por la presente autorizo a Border Region Behavioral Health Center:

revelar obtener de _____ información del expediente de:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

La información puede ser divulgada y/u obtenida de:

Nombre de la persona/agencia/entidad: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

La información que puede ser divulgada y/u obtenida se limita a:

- Plan de recuperación Diagnóstico Examen de salud mental Nota de Visita al Médico
- Evaluación de acceso e ingreso al servicio Evaluación psiquiátrica Información de la cita
- Medicamentos Resultados de laboratorio Resumen de alta Plan de tratamiento
- Notas de progreso Otro: _____

Esta información se divulga y/u obtiene con el propósito de:

- Tratamiento/Atención Continua Facturación/Reclamaciones de Seguros Colocación/Asistencia Educativa
- Financiación adicional Procedimientos Legales Otro: _____

Entiendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el tratamiento de salud mental, el tratamiento por abuso de alcohol / sustancias e información confidencial relacionada con el VIH/SIDA. En el caso de que la información de salud descrita anteriormente incluya alguno de estos tipos de información, autorizo específicamente la divulgación de dicha información como se indica a continuación:

Tratamiento de salud mental: Tratamiento por Abuso de Alcohol/Sustancias: Información relacionada con el VIH:

Aunque entiendo que no necesito dar mi consentimiento para la divulgación de esta información, elijo hacerlo de manera voluntaria y voluntaria para los fines especificados anteriormente. Este formulario está diseñado para cumplir con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos y Estándares de Privacidad (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 181). Las Entidades Cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. Las entidades cubiertas, tal como se define ese término en la HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información médica protegida de esa persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización 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 y 164.508). La autorización proporcionada mediante el uso del formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información médica protegida de la persona nombrada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluso mediante el uso de cualquier medio electrónico. Como se indica en el formulario, se requiere una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones sensibles, incluidos los registros de salud mental (excluyendo las "notas de

psicoterapia" según se define en HIPAA en 45 CFR 164.501), los registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias y los registros o pruebas relacionados con el VIH/SIDA.

PERÍODO DE VIGENCIA. Esta autorización es válida por un (1) año a partir del año hasta la fecha o hasta el primero de los casos en que ocurra la muerte de la persona; que la persona alcance la mayoría de edad; o se retira el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito declarando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada en "INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A". Entiendo que las acciones previas tomadas en base a esta autorización por parte de entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de salud que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por 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 divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Todos los elementos de este formulario se han completado y se han respondido mis preguntas sobre este formulario.

Firma individual: _____ Fecha: _____

Firma de la persona mayor de 17 años

Firma del padre, otro pariente más cercano o tutor de una persona menor de 17 años

Relación con la persona del padre, pariente más cercano o tutor: _____

Testigo de firma: _____ Fecha: _____

Me han ofrecido una copia de este formulario y he Aceptado Disminuido