



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

SOLICITADO POR: Propio Proveedor de atención médica Familia Abogado de 3ª parte Abogado del cliente Otro:

SE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SEGÚN SE INDICA A:

Solicitud de Centerstone Liberación y solicitud desde y hacia Centerstone Liberación a Centerstone

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono (____) _____ - _____ Fax (____) _____ - _____ Correo electrónico:

Nombre del cliente _____ Teléfono (____) _____ - _____

Dirección _____

4 últimos dígitos SSN _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de admisión | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos/inyecciones | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica/Notas ambulatorias | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historial de citas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones (por ejemplo, AIMS, LATAS, ANSA) | <input type="checkbox"/> Informe mensual | <input type="checkbox"/> Plan de atención | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Fechas de servicio para las que se solicitan registros: Comienza: _____ Fin: _____

INFORMACIÓN EXCLUIDA:

Registros de drogas y alcohol Registros de enfermedades infecciosas Registros de salud mental VIH/SIDA ETS

MÉTODO(S) DE DIVULGACIÓN: Verbal Impreso Fax* Correo electrónico* Memoria USB

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pago de reclamo | <input type="checkbox"/> Discapacidad/SSA | <input type="checkbox"/> Libertad condicional |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de cliente | <input type="checkbox"/> Procedimientos legales | <input type="checkbox"/> Servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Coordinación del tratamiento | <input type="checkbox"/> Obtener beneficios de seguro | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Correcciones | | |

Entiendo que estos registros no serán divulgados por Centerstone sin mi autorización por escrito, a menos que lo permita la ley, norma o reglamento estatal o federal. Entiendo que la información divulgada puede incluir información sobre VIH/SIDA, ETS. Autorizo el uso de una presentación fotocopiada, por fax o escaneada de este formulario como original válido para la divulgación de la información descrita anteriormente. Además, autorizo a Centerstone y a sus agentes a utilizar esta autorización electrónicamente. Entiendo que Centerstone no es responsable de ninguna alteración realizada en los registros de Centerstone que se entreguen a cualquier parte. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Centerstone. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento de acuerdo con 45 CFR §164.508 y 42 CFR Parte 2, excepto en la medida en que Centerstone ya haya actuado en virtud de esta autorización. La revocación debe hacerse por escrito y entregarse al Departamento de Información de Salud.

En ausencia de dicha revocación por escrito, esta autorización expirará en 365 días salvo que se indique lo contrario a continuación:

La autorización de los registros caduca el ____/____/____ o _____ (condición o evento).

*El envío de su información personal de salud a una dirección de correo electrónico o por fax no es un método de entrega seguro y puede exponer su información de salud a otros. Al elegir este método de entrega, usted exime a Centerstone de cualquier responsabilidad que implique una violación potencial o real de su información sanitaria que haya sido entregada a petición suya a una dirección de correo electrónico o por fax.

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

(Cliente/Tutor legal/Representante - Los menores de 12 a 17 años deben firmar)

Si lo firma una persona distinta del cliente, indicar la relación legal:

Testigo

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Aviso al destinatario de los registros/información del cliente:

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2, 45 CFR Parte 160 y Parte 164) y/o el Código de Illinois (740 ILCS 110). Las normas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información en este registro que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente o mediante la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o 740 ILCS 110. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en §§2.12(c)(5) y 2.65.

REV: 8/2020