



Autorización para divulgar/obtener información

1 Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Autorizo a Kitsap Mental Health Services a intercambiar información (como se indica en las secciones 7-11) con las siguientes entidades/personas: _____

2 Nombre de la entidad (si corresponde): _____

4 Persona: _____

5 Relación: _____

6 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

6 Autorizo que se divulgue la siguiente información:
 a) TODA mi información de SALUD MENTAL en todo mi registro.
 b) TODA mi información de USO DE SUSTANCIAS en mi registro completo TODA mi información de USO DE SUSTANCIAS en mi registro completo.
 c) La información específica seleccionada a continuación. (Debe marcar las casillas de SALUD MENTAL y / o USO DE SUSTANCIAS a continuación).
Autorizo que se revele la información sobre SALUD MENTAL y/o el CONSUMO DE SUSTANCIAS si aparece seleccionada a continuación:

<input type="checkbox"/> Resúmenes del diagnóstico	<input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Citas/Asistencia
<input type="checkbox"/> Evaluaciones de ingesta	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso clínico	<input type="checkbox"/> Informes de cumplimiento/Verificación del tratamiento
<input type="checkbox"/> Evaluaciones del consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso médico	<input type="checkbox"/> Información financiera
<input type="checkbox"/> Resúmenes del alta	<input type="checkbox"/> Medicamentos/Recetas	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Servicio/Planes de tratamiento	<input type="checkbox"/> Análisis/Resultados de pruebas	<input type="checkbox"/> Otros: _____

8 Autorizo que se OBTENGA la siguiente información:
 a) TODA mi información de SALUD MENTAL en todo mi registro.
 b) TODA mi información de USO DE SUSTANCIAS en mi registro completo TODA mi información de USO DE SUSTANCIAS en mi registro completo.
 c) La información específica seleccionada a continuación. (Debe marcar las casillas de SALUD MENTAL y / o USO DE SUSTANCIAS a continuación).
Autorizo que se obtenga información sobre SALUD MENTAL y/o el CONSUMO DE SUSTANCIAS si aparece seleccionada a continuación:

<input type="checkbox"/> Resúmenes del diagnóstico	<input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Citas/Asistencia
<input type="checkbox"/> Evaluaciones de ingesta	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso clínico	<input type="checkbox"/> Informes de cumplimiento/Verificación del tratamiento
<input type="checkbox"/> Evaluaciones del consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso médico	<input type="checkbox"/> Información financiera
<input type="checkbox"/> Resúmenes del alta	<input type="checkbox"/> Medicamentos/Recetas	<input type="checkbox"/> IEP (Programa/Plan de Educación Individualizado)
<input type="checkbox"/> Servicio/Planes de tratamiento	<input type="checkbox"/> Análisis/Resultados de pruebas	<input type="checkbox"/> Otros: _____

8 Autorizo a KMHS a divulgar u obtener información sobre VIH/SIDA/ETS.
9 Autorizo TODOS LOS EPISODIOS DE ATENCIÓN (O) Fechas de servicio desde: _____ hasta: _____
10 Autorizo a KMHS a usar/intercambiar mi información de salud para fines de evaluación, planificación de tratamientos, coordinación de servicios, monitoreo y derivación de tratamientos (O) para otros fines según se especifican aquí: _____

11 Entiendo que mis registros de tratamiento de uso de sustancias están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por uso de sustancias 42 CFR Parte 2 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) 45 CFR partes 160 y 164 y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario. Las personas que reciben información confidencial no pueden divulgar dicha información si la información se refiere al uso o tratamiento de sustancias. Sin embargo, también entiendo que las personas que reciben otros tipos de información confidencial pueden tener la capacidad de revelar la información según lo permitido por la ley estatal y las reglamentaciones federales pertinentes. En ese caso, y en la medida en que tal revelación pueda tener lugar, esta información ya no será confidencial. Entiendo que si autorizo la divulgación utilizando una designación general, se me proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado mi información. Entiendo que no se me negarán los servicios si me niego a firmar una autorización para divulgar información y que puedo revocar esta autorización verbalmente o por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a ella. ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA:

12 Seleccione una opción: (a) **AL AÑO** (vence 1 año después de la fecha de la firma) (O) (b) **TIEMPO LIMITADO** (vence 90 días después de la fecha de la firma)
 (O) (c) **EVENTO o FECHA ALTERNATIVA** según solicitud del cliente: _____

13 Firma del cliente: _____ Fecha: _____

14 Si firma a continuación en nombre del cliente, marque el principio de su autoridad. Es posible que se solicite documentación que demuestre su autoridad.
 Padre/Madre del menor Tutor Poder notarial Otro representante autorizado _____

15 Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

16 Nombre de la persona autorizada en letra de imprenta (o testigo si es el que firma a continuación): _____

17 Firma del testigo (si el cliente firma con una marca): _____ Fecha: _____

PROHIBICIÓN DE REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Este registro que se le ha revelado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de este registro a menos que el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulgue en este registro permita expresamente otra divulgación o, de lo contrario, esté permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto lo dispuesto en 2.12 (c) (5) y 2.65.

18 PERSONAL QUE RECIBE LA AUTORIZACIÓN (en letra de imprenta): _____
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE: _____

Autorización para divulgar/obtener información: Instrucciones para completar el formulario

1 Escriba el nombre y apellido y la fecha de nacimiento.

Si desea que KMHS divulgue información y / u obtenga de una Entidad:

2 Escriba el nombre de la entidad (agencia, negocio, oficina gubernamental, consultorio médico, etc.).

3 Imprimir N / A para Individual.

4 Imprimir N / A para la relación.

5 Imprima la dirección postal completa, ciudad, estado, código postal, número de teléfono y número de fax de la Entidad.

Si desea que KMHS divulgue información y / u obtenga de un individuo:

2 Imprima N / A para el nombre de la entidad.

3 Escriba el nombre y apellido de la persona de la que desea que KMHS divulgue información y / u obtenga.

4 Imprima la relación del individuo con usted. Algunos ejemplos son madre, cónyuge, amigo, arrendador, etc.

5 Complete la mayor cantidad posible de la dirección postal, ciudad, estado, código postal, número de teléfono y número de fax. Imprima N / A o UNK en una línea si la información no es aplicable o se desconoce.

6 Si desea que KMHS LIBERE información de su historia clínica, **COMPRUEBE** (a) Toda la Salud Mental **y / o** (b) Todo el Uso de Sustancias **y / o** (c) Específico. Si selecciona (c) "Información específica", marque las casillas que autorizan la información sobre salud mental **y / o** uso de sustancias y marque las casillas para cada tipo de información que desea divulgar.

No marque (a) Toda la salud mental y también (c) Información específica sobre la salud mental.

No marque (b) Uso de todas las sustancias y también (c) Información específica sobre el uso de sustancias.

7 Si desea que KMHS OBTENGA información de su historia clínica, **COMPRUEBE** (a) Toda la salud mental **y / o** (b) todo el uso de sustancias **y / o** (c) específicos. Si selecciona (c) "Información específica", marque las casillas que autorizan la información sobre salud mental **y / o** uso de sustancias y marque las casillas para cada tipo de información que desea obtener.

No marque (a) Toda la salud mental y también (c) Información específica sobre la salud mental.

No marque (b) Uso de todas las sustancias y también (c) Información específica sobre el uso de sustancias.

8 Si desea que KMHS libere y / u obtenga información sobre VIH / SIDA / ETS, **MARQUE** la casilla.

9 Si el plazo para la información que desea divulgar y / u obtener es diferente a **TODOS LOS EPISODIOS DE CUIDADO**, complete el **RANGO DE FECHA DE SERVICIO** específico que autoriza.

10 Si el propósito de esta autorización es algo diferente a lo que está en la lista, escriba el motivo. Algunos ejemplos son contacto de emergencia, programación de citas, beneficios, legal, cumplimiento de la corte, visitas de pacientes hospitalizados y / o llamadas telefónicas, etc.

11 Lea esta sección. Contiene información sobre la confidencialidad de su información de atención médica en relación con la divulgación y la revelación, así como algunos de sus derechos en virtud de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) y 42 CFR Parte 2 que rige al paciente por uso de sustancias. registros.

12 Seleccione la fecha de vencimiento de la autorización marcando una de las siguientes casillas:

(a) Anualmente (caduca un año desde la fecha de la firma).

(O) (b) Por tiempo limitado (caduca 90 días desde la fecha de la firma).

(O) (c) Complete una fecha o evento alternativo.

13 Firme y feche esta línea si es el cliente que actúa en su propio nombre (de 13 años en adelante).

Con respecto a los menores: se **REQUIERE** la firma de un menor para divulgar información sobre el tratamiento de salud mental o uso de sustancias de ese menor si ese menor ha cumplido los trece años. Se **REQUIERE** la firma de un menor para divulgar información sobre la sexualidad de ese menor, incluida, entre otras, información sobre VIH / SIDA, anticoncepción, embarazo y / o interrupción de un embarazo, esterilización y enfermedades de transmisión sexual si ese menor ha alcanzado su su decimocuarto cumpleaños.

14 Si firma en nombre del cliente, marque la casilla que corresponda con su autoridad para firmar la autorización.

Es posible que se requiera autorización legal de documentación (como Tutela, Poder notarial duradero, Orden judicial, etc.) para firmar en nombre del cliente.

15 Firma y fecha de la Autoridad (padre de familia, tutor, poder notarial, otro representante autorizado).

16 Si firma como Autoridad o Testigo, escriba el nombre y apellido.

17 Se requiere firma y fecha del testigo si el cliente firma por marca (en lugar de firmar el nombre).

18 El personal que recibe la autorización del cliente y lo reenvía al departamento de Registros **revisará la precisión e integridad, brindará asistencia al individuo según sea necesario, imprimirá el nombre y apellido y completará el número de identificación del cliente.**