



MOUNTAIN LAKES BEHAVIORAL HEALTHCARE

Autorización para la Divulgación de Información

Nombre: _____ Número de Caso: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

El expediente médico contiene información confidencial proporcionada por el cliente, la familia del cliente, el médico y el personal, así como todos los resultados de pruebas, que pueden incluir registros de salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, VIH, RPR y otras enfermedades transmisibles, etc. Además, la Regulación Federal 42 CFR, Parte 2 y Parte 8 prohíbe la divulgación adicional de información relacionada con el uso de alcohol y/o drogas sin el consentimiento de la persona a la que se refiere la información, y de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), 45 CFR, Partes 160 y 164, la Información de Salud Protegida no puede divulgarse sin el consentimiento escrito del cliente, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.

Después de considerar debidamente la declaración anterior, yo, _____, autorizo a Mountain Lakes Behavioral Healthcare a divulgar a, y recibir de:

(Agencia/Instalación/Persona): _____

(Dirección): _____ (Ciudad/Estado/Código Postal): _____

(Teléfono): _____ (Fax) _____

la siguiente información según se indica:

- | | |
|--|--|
| ☐ Registro de Medicamentos | ☐ Resultados de Laboratorio |
| ☐ Notas/Informes de Progreso | ☐ Formularios/Resumen de Alta |
| ☐ Diagnóstico(s) | ☐ Otro (especifique): _____ |
| ☐ Evaluaciones/Valoraciones: | _____ |
| ☐ Historia Clínica y Examen Físico: | _____ |
| ☐ Contacto de Emergencia | |

con el propósito de: ☐ Continuidad de la Atención ☐ Legal ☐ Otro (especifique): _____

Además, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Mountain Lakes Behavioral Healthcare y/o su personal de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de la información solicitada en este documento. Esta autorización es válida por un período **no mayor a dos (2) años** desde la fecha de emisión, a menos que sea revocada por escrito a través del bibliotecario de registros/designado de MLBH.

Fecha de Vencimiento: _____

Al proporcionar esta Autorización, entiendo lo siguiente:

1. que esta autorización es voluntaria. Puedo negarme a firmarla y mi tratamiento y/o obligaciones de pago no se verán afectados. Sin embargo, negarse a firmar puede complicar la comunicación con otros proveedores de atención médica o referencias;
2. que la información de salud divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por las normas federales de privacidad;
3. que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Mountain Lakes Behavioral Healthcare verbalmente o por escrito a través del bibliotecario de registros/designado de MLBH, pero si lo hago, no tendrá efecto sobre los usos o divulgaciones anteriores a la recepción de la revocación;
4. que entiendo el tipo específico de información que se ha solicitado y, si se conoce, los beneficios y desventajas de divulgar la información, y que puedo recibir, si lo solicito, una copia de este formulario después de firmarlo;
5. y que esto puede incluir comunicación por correo electrónico.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Doy fe de la identidad de la(s) firma(s) anterior(es):

Nombre del Testigo (en letra de molde)

Firma del Testigo

Fecha

Si esta autorización se obtuvo mediante interpretación o traducción para personas sordas o con dominio limitado del inglés, por favor describa:

☐ Lenguaje de Señas; ☐ Interpretación de Idioma; ☐ Escritura; ☐ Otro: _____