

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Shortgrass Community Health Center
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

☐ **Recepción**

☐ **Revelar**

☐ **Recepción**

☐ **Revelar**

Name, Title

Nombre, Título

Site Address

Dirección del sitio

Phone

Teléfono

☐ **Evaluación**

☐ **Plan de tratamiento**

☐ **Otra documentación clínica**

☐ **Pruebas**

☐ **Informe de comportamiento**

☐ **Información de alta**

☐ **Otra información pertinente a:** _____

ES: atención dental, atención médica, etc.

El propósito de esta solicitud es: _____

Esta autorización expirará el: _____ **(debe actualizarse después de 365 días calendario) O cuando ocurra el siguiente evento: Al alta si es antes del vencimiento del año.**

El tratamiento no está condicionado a la firma de esta autorización. Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida como se especifica anteriormente. Esta autorización permite la divulgación de información sobre enfermedades mentales o condiciones de abuso de sustancias y otras condiciones e información de salud. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi proveedor o a cualquier miembro del personal de la oficina. Mi revocación no afectará ninguna acción tomada en base a la autorización antes de la revocación. Entiendo que, si el receptor de la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, la información divulgada bajo esta autorización puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad estatales y federales y puede ser divulgada nuevamente por el receptor. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización, incluso si no la solicito.

De conformidad con CFR 42, parte 2, § 2.22 y O.S 43A, sección 1-102, 1-103
Confidencialidad de los registros de pacientes

La confidencialidad de los expedientes clínicos de los pacientes que mantiene este programa está protegida por las leyes y regulaciones estatales y federales. Por lo general, el programa no puede informar a ninguna persona externa que un paciente asiste al programa, ni divulgar información que identifique a un paciente como adicto al alcohol o a las drogas, a menos que:

- 1) El paciente consiente por escrito;
- 2) La divulgación esté permitida por una orden judicial; o
- 3) La divulgación se realiza a personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

La violación de las leyes y regulaciones estatales y federales por parte de un programa constituye un delito. Las presuntas violaciones pueden reportarse a la autoridad competente de acuerdo con las regulaciones estatales y federales. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre un delito cometido por un paciente, ya sea en el programa o en el centro. Las leyes y regulaciones federales no protegen a quienes trabajan para el programa ni a quienes amenazan con cometer dicho delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil, que no se reporta bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes.

“La información autorizada para su divulgación puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad transmisible o venérea, como, por ejemplo, hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (63 O.S. P 1-1502(B))”

Declaración de no contingencia: Entiendo que mi falta de firma de este formulario no resultará en la retención de los servicios.

Firma del cliente (si el cliente tiene 14 años o más)

Fecha

Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años o está bajo custodia)

Fecha