

# New Perspectives Center Para Consejería y Terapia

1675 Winter Street NE, Salem, Oregon, 97301

(503) 316-6770

Fax (503) 585-0212

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

*Esta autorización debe ser escrita, fechada y firmada por el cliente individual o por una persona autorizada por ley para otorgar autorización.*

**A nuestros clientes:** La ley federal nos requiere que cumplamos con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPPA). Podemos ayudarle mejor si podemos trabajar con otras agencias/personas que lo conocen a usted y a su familia.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente (use SS# para empleo y rehabilitación Vocab)

Autorizo a la siguiente persona o agencia:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del servicio o proveedor divulgando información) (Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono) (Número de Fax)

Para proporcionar información a:

\_\_\_\_\_  
NEW PERSPECTIVES CENTER 1675 Winter Street NE, Salem, OR 97301

(Nombre) (Dirección)

\_\_\_\_\_  
503-316-6770 503-585-0212

(Número de Teléfono) (Número de Fax)

**Al escribir mis iniciales en el espacio a continuación,** específicamente autorizo la divulgación de los siguientes registros médicos, si tales registros existen:

- Servicios de Salud Mental (*incluyendo evaluación(es), diagnóstico(s), plan de tratamiento, notas de progreso e Información de ser dado de alta*)
- Registros relacionados con el VIH/SIDA
- Diagnóstico, tratamiento o referencia al Alcohol/Drogas, (*Reglamento Federal, 42CFR Parte 2, requiere una descripción de ¿Cuánto y qué tipo de información va a ser divulga? Proporcione una descripción de esta información a continuación*)
- Tratamiento Médico/Psiquiátrico
- Otros/Descripción \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo que las agencias y personas mencionadas anteriormente pueden compartir e intercambiar información sobre mi familia y mis circunstancias. **Escriba sus iniciales y especifique.** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Propósito: La información recibida se utilizara para evaluar mi situación y para planificar y coordinar servicios para mí, mi familia o para otros propósitos según lo especificado: \_\_\_\_\_

Nota: Se el cliente lo solicita, el propósito puede aparecer como "a solicitud del individuo".

Este permiso es valido por:  Un año  Hasta la fecha de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento del Centro de New Perspectives. De hecho, tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. También entiendo que si mi información es usada o divulgada de acuerdo con esta autorización, puede ser sujeta a ser divulgada nuevamente por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la Regla Federal de Privacidad de HIPAA. Tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que el Centro de New Perspectives haya actuado en función de ello. Mi revocación por escrito debe enviarse al Oficial de Privacidad de New Perspectives Center, 1675 Winter Street NE, Salem, OR 97301

Cliente  Tutor legal \_\_\_\_\_  
 Padre  Custodia Legal Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Revelación:** Información recibida bajo esta autorización no debe ser divulgada a terceros no identificados en este formulario sin un consentimiento específico por escrito. Se pueden aplicar sanciones penales a divulgación ilegal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben realizar cualquier otra divulgación de información sobre alcohol y drogas sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito

**Para las personas que no pueden escribir**

Entiendo este formulario y lo estoy llenando voluntariamente. No puedo escribir. Estoy poniendo mi marca junto a mi nombre para firmar este formulario.		
<b>Mi marca:</b>	Nombre completo del cliente	Fecha
Testigo #1	Dirección	
Testigo #2	Dirección	

**Para personas que no saben leer**

Le he leído el formulario al cliente. Él / Ella lo entiende y lo ha firmado voluntariamente		
Nombre del empleado	Firma	Fecha

**Explicación:** Proporcionar el Número Seguro Social es voluntario y, en general, el hecho de negar proporcionar su Número de Seguro Social no puede ser usado en su contra para negarle servicios. Sin embargo, es necesario para identificar los registros de información de Empleo y Rehabilitación Vocacional. En cualquier caso, si se proporciona, el Número de Seguro Social puede usarse para hacer cumplir las normas de la agencia.

**INSTRUCCIONES**

1. El empleado debe llenar este formulario para el cliente. Asegúrese de que el cliente entienda antes de firmar. Motive al cliente a hacer preguntas sobre el formulario y lo que permite.
2. **Solicitudes de Correo.** Si utiliza este formulario para solicitar información por correo, sea específico sobre lo que necesita. Si tiene una serie de preguntas, use una carta de presentación. Cuanto más claro sea en su petición, más probable será que reciba una respuesta rápida y precisa. No solicite información que no necesite.
3. **Registros de la Familia.** Este comunicado incluye información sobre la persona que firma el formulario, los hijos menores de edad y la información sobre la familia que él/ella proporcionó para el registro. No cubriría la información proporcionada por otros miembros adultos de la familia a menos que también firmen un comunicado.
4. **Niños.** Los menores de edad pueden acceder al tratamiento médico a la edad de 15 años, mental, emocional o químico según sea el tratamiento, a la edad de 14 años. Pueden firmar su propio permiso para divulgar los formularios de información necesarios para dicho tratamiento.
5. **Fotocopias.** Guarde el original en el archivo y envíe copias a otras agencias. La persona que hace las fotocopias debe firmar cada copia en la parte inferior de la primera página certificándola como una copia fiel. La agencia que recibe la autorización debe rechazarlo si no hay una firma original de la persona que hizo la copia.
6. **Revocación.** Si la persona después cancela esta autorización, escriba "revocado" y el método y la fecha de la revocación en letra negrita a través del formulario. Escriba la fecha y sus inicial, y guárdelo en el archivo. Las regulaciones federales requieren que la revocación sea por escrito.
7. **Duración.** La autorización es válida por un año a menos que se especifique lo contrario. Asegúrese que la versión que está utilizando aún esté vigente.
8. **VIH.** Este formulario no debe utilizarse para solicitar información sobre la prueba del VIH. Utilice el formulario desarrollado por la División de Salud de Oregón.
9. **Tutela legal/Custodia.** Si el firmante es un tutor legal, se debe adjuntar una copia del documento de tutela legal cuando se envíe la solicitud. Del mismo modo, si una agencia tiene la custodia y sus representantes lo firman, se debe incluir la orden de custodia.
10. Esta es un formulario **Voluntario.** Sin embargo, los clientes deben recibir información precisa sobre cómo les afectará negarse a permitir la divulgación de información afectará negativamente la determinación de la elegibilidad o la coordinación de los servicios. Si el cliente decide no firmar, intente referir a la familia a un solo servicio, que puede ayudarlo sin un intercambio de información.