

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(Incluida la divulgación de los expedientes de trastornos por consumo de sustancias para todos los fines que no sean de
tratamiento, pago u operaciones)**

Parte 1: Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parte 2: Nombres de las partes que realizar la divulgación y de los destinatarios

Al firmar esta autorización, autorizo a **Outer Cape Health Services ("Outer Cape")** a usar, divulgar o recibir mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) por parte de la persona u organización que se menciona a continuación, o hacia ella, ya sea verbalmente o por escrito:

Organización/persona: _____
Dirección: _____ N.º de fax: _____ Teléfono: _____

Programa de Outer Cape: _____
Dirección: _____ N.º de fax: _____ Teléfono: _____

Parte 3: Descripción de la información médica que se puede utilizarse o divulgarse

--Marque **solo una** casilla a continuación--

- ☐ **TODOS los expedientes sobre mí**
☐ **TODOS los expedientes sobre mí, con excepción de:** _____
☐ **Expedientes de la/s fecha/s:** _____
☐ **Expedientes relacionados con:** _____
☐ **Otro:** _____

En la divulgación de expedientes de salud conductual:

- ☐ **La siguiente información sobre salud conductual:**
- | | |
|---|---|
| _____ Evaluación | _____ Resumen de alta hospitalaria/traslado |
| _____ Diagnóstico | _____ Información educativa |
| _____ Evaluación psicosocial | _____ Evaluación psicológica |
| _____ Evolución en el tratamiento | _____ Control de los medicamentos |
| _____ Presencia/Participación en el tratamiento | _____ Información de enfermería/médica |
| _____ Notas de psicoterapia* | _____ Otro: _____ |
- (*No se puede combinar con ninguna otra divulgación).

Parte 4: Autorización para divulgar información con protección adicional

Indique las **categorías específicas de información** que acepta divulgar marcando y colocando sus iniciales en las siguientes casillas:

- | | |
|--|--|
| ☐ VIH/sida | ☐ Pruebas genéticas |
| ☐ Expedientes de enfermedades de transmisión sexual | ☐ Agresión sexual |
| ☐ Tratamiento/asesoramiento para casos de violencia doméstica | ☐ Servicios de planificación familiar |
- ☐ Consumo de alcohol o drogas, excluidas las notas de asesoramiento para trastornos por consumo de sustancias (también conocidos como "**Expedientes de la Parte 2**"). Las normas federales de confidencialidad de la Parte 2 del título 42 del CFR prohíben el uso o la divulgación no autorizada de estos expedientes.
- ☐ Otro(s): _____(especifique)

Parte 5: Motivo

El/Los motivo/s de esta autorización es/son:

- | | |
|---|--|
| ☐ Por mi solicitud | ☐ Coordinación de la atención |
| ☐ Continuación de la atención o el tratamiento | ☐ Relacionado con el seguro |
| ☐ Asunto legal | |
| ☐ Otro: _____ | |

Parte 6: Caducidad

A menos que se revoque, esta autorización caducará cuando se produzca uno de los siguientes eventos, lo que ocurra más tarde, según sea el caso: 90 días a partir de la fecha de la firma de este formulario, la finalización del tratamiento, al momento de la facturación final del seguro, o el siguiente acontecimiento/situación _____.

Parte 7: Reconocimiento

He leído y comprendo los términos de esta autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o la divulgación de mi PHI y de los Expedientes de la Parte 2. Se me ha proporcionado una copia de la autorización firmada y, al firmar a continuación, comprendo que:

1. Con mi firma, la PHI especificada anteriormente, que puede incluir los Expedientes de la Parte 2, se divulgará al destinatario designado anteriormente.
2. Outer Cape no puede garantizar que el destinatario no divulgará nuevamente mi información médica a un tercero. Es posible que el destinatario no esté sujeto a las leyes federales que rigen la privacidad de la PHI o de los Expedientes de la Parte 2.
3. Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Outer Cape, excepto cuando: (i) reciba tratamiento relacionado con la investigación, o (ii) reciba atención médica únicamente con el propósito de crear información para divulgarla a un tercero. Si se aplican las excepciones (i) o (ii), es posible que mi negativa a firmar una autorización tenga como resultado que Outer Cape no me proporcione tratamiento.
4. Mis Expedientes de la Parte 2 se pueden divulgar nuevamente de conformidad con los permisos incluidos en las normas de la Ley HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en mi contra.
5. Comprendo que puedo revocar por escrito mi autorización de la Ley HIPAA, y el consentimiento de la Parte 2 para cualquier fin que no sea el tratamiento, el pago y las operaciones verbalmente en cualquier momento; pero la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por Outer Cape en función de esta autorización antes de que Outer Cape reciba mi aviso de revocación por escrito. Puedo revocar esta autorización al escribirle al oficial de cumplimiento de Outer Cape: al 508-905-2820 o a Compliance@OuterCape.org.

Parte 8: Firma
FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente: _____ Fecha de la firma: _____

FIRMA DEL TUTOR U OTRO REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

Cuando el paciente no sea competente legalmente o sea jurídicamente incapaz de dar su consentimiento: Firma del padre, madre, tutor o el representante para la atención médica

Firma del representante legal: _____ Fecha de la firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con la persona _____

PARA USO EXCLUSIVO DE OUTER CAPE: DOCUMENTACIÓN DE LA PERSONA QUE ENVÍA LA INFORMACIÓN O EL FORMULARIO

Fecha en la cual la información o el formulario se envió o se emitió: _____ Cómo se envió = ☐ correo, ☐ correo electrónico, ☐ fax

Persona que lo envió (nombre, cargo): _____ Fecha de la firma: _____

AVISO PARA EL/LOS DESTINATARIO/S DE LOS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2

Este expediente que se le ha divulgado está protegido por las normas federales de confidencialidad (título 42 del CFR, Parte 2). Estas normas le prohíben usar o divulgar este expediente, o el testimonio que describa la información contenida en este expediente, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por parte de cualquier autoridad federal, estatal o local, contra el paciente; a menos que esté autorizado por el consentimiento del paciente, excepto según lo dispuesto en el título 42 del CFR 2.12(c)(5) o según lo autorizado por un tribunal en virtud del título 42 del CFR 2.64 o 2.65. Además, las normas federales le prohíben realizar cualquier otro uso u otra divulgación de este expediente, salvo que se cumpla, al menos, con una de las siguientes condiciones:

- *Cualquier otro uso o divulgación está expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este expediente o está permitido por el título 42 del CFR, Parte 2.*
- *Usted es una entidad cubierta o un socio comercial, y ha recibido el expediente de tratamiento, pago u operaciones de atención médica según se define en esta parte.*
- *Usted ha recibido el expediente de una entidad cubierta o socio comercial de acuerdo con lo autorizado por el título 45 del CFR, Parte 164, subpartes A y E.*