



Health. Justice. Hope.

Autorización para la divulgación de información

Nombre del cliente:

Fecha de nacimiento:

Fecha:

Por intermedio de la presente el Cliente otorga su permiso a Lutheran Community Services Northwest para:

Intercambio mutuo

Divulgar información desde

Divulgar información a

Entidad/persona autorizada para divulgar información:

Motivo para divulgar los registros:

Permitir la continuidad de la atención

Permitir administrar el caso

Permitir el reembolso y la tramitación de reclamaciones de beneficios

Otro (sírvase especificar):

Autorizo la divulgación de:

La totalidad de mi historia clínica

Una parte de mi historia:

Si autoriza la divulgación de una parte de su historia, especifique la información que autoriza divulgar:

<input type="checkbox"/> Evaluación y/o plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Tratamiento y sus avances	<input type="checkbox"/> Análisis de orina (UA, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> Diagnóstico o estado	<input type="checkbox"/> Coordinación de servicios/administración de caso	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Recomendaciones de tratamiento	<input type="checkbox"/> Factura/información de facturación	<input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia del presente formulario de Autorización y que se incluirá una copia en mi registro de caso. Comprendo que tengo derecho a revisar u obtener una copia (se le puede suministrar a un costo razonable) de la información de salud que autorice usar o divulgar por medio del presente formulario de Autorización.

Comprendo que, una vez que LCSNW divulgue información de mi salud, LCSNW no puede garantizar que el receptor no divulgue de nuevo la información de mi salud a un tercero. Es posible que esos terceros no estén obligados a respetar la presente Autorización o las leyes federales o del estado aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud. Comprendo que, excepto en circunstancias limitadas, como en el caso de tratamiento relacionado con investigaciones o tratamiento para el único propósito de divulgar información de salud a un tercero, no estoy obligado a firmar esta autorización con el fin de recibir tratamiento en LCSNW, ni LCSNW condicionará mi tratamiento según yo ejecute o no la presente autorización.

Comprendo que tengo derecho a revocar la presente Autorización en cualquier momento mediante una declaración escrita de revocación presentada ante LCSNW. Tengo conciencia de que mi revocación no entrará en vigor hasta que sea recibida por LCSNW y no se aplicará a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud por parte de LCSNW con anterioridad a la recepción de mi declaración de revocación.

Comprendo que mis registros pueden contener información sensible. Autorizo específicamente la divulgación de lo siguiente:

_____ Información de tratamiento de adicciones _____ Información de salud mental _____ Información de VIH/sida

La presente divulgación vencerá

- el día (fecha): _____ ; o
- cuando ocurra lo siguiente: finalización del tratamiento.

Firma del cliente o representante autorizado _____

Firmado por

Relación si firma alguien que no sea el cliente

Nombre del testigo

Firma del testigo

AVISO AL DESTINATARIO: Esta información se divulgó para usted a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por leyes federales y/o del estado. Si esos registros efectivamente están así protegidos, la Regulación Federal 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Parte 2, prohíbe que usted a su vez divulgue esta información a menos que esté expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, o que lo permita por otros motivos la regulación 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información en el marco de investigaciones criminales o para procesar a cualquier paciente en tratamiento por abuso de alcohol o drogas.