



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA - GENERAL

Mi identificación: Paciente / Cliente / Residente / Estudiante

NOMBRE LEGAL: (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	NOMBRE UTILIZADO EN EL MOMENTO DE RECIBIR ATENCIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:		
CORREO ELECTRÓNICO:		NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL:

¿Quién puede divulgar mi información médica?

- ☐ Por la presente, autorizo la divulgación de información por parte de Sheppard Pratt y cada uno de sus hospitales, instalaciones y entidades.
- O bien** ☐ Por la presente, autorizo la divulgación de información por parte de la entidad, el hospital, el programa o escuela de Sheppard Pratt que se menciona a continuación:
- ☐ Centro de hospitalización: _____
 - ☐ Programa de atención ambulatoria del hospital: _____
 - ☐ Escuela Sheppard Pratt: _____
 - ☐ Todos los programas de servicios comunitarios de Sheppard Pratt (Mosaic Community Services, Inc., Family Services, Inc., Way Station Inc.)
 - ☐ Otros programas específicos de Sheppard Pratt: _____
- O bien** ☐ Otra entidad o persona: _____

¿Quién puede recibir mi información médica?

Por la presente, autorizo a las siguientes personas a recibir mi información médica:

Nombre/Entidad: _____

Número de teléfono de la persona/entidad que recibirá mi información: _____

Mi información médica debe enviarse de la siguiente manera (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Comunicación verbal de información
- ☐ Por correo a esta dirección: _____
- ☐ Electrónicamente (número de fax o correo electrónico) a: _____

¿Qué información médica se puede divulgar?

Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, entiendo que la historia clínica solicitada incluye **registros de salud mental**, que pueden incluir información relacionada con el historial de consumo de sustancias y pruebas de detección, así como enfermedades de transmisión sexual o historial de VIH/sida.

- ☐ **Mi historia clínica completa**
- ☐ Historia clínica parcial únicamente:
- ☐ Solo fechas de tratamiento desde _____ hasta _____
 - ☐ Solo las siguientes secciones marcadas:

☐ Notas de admisión	☐ Antecedentes psicosociales	☐ Pruebas psicológicas legales
☐ Antecedentes y examen físico	☐ Análisis de laboratorio/pruebas médicas	☐ Lista de medicamentos
☐ Notas de progreso		☐ Notas de alta del hospital
 - ☐ Otro (identifique la sección de la historia clínica que se divulgará) _____
 - ☐ Marque esta casilla únicamente si autoriza la transferencia bidireccional de información entre las partes mencionadas anteriormente.



Solicitudes especiales para diagnósticos sensibles. Estoy de acuerdo con lo siguiente:

- ☐ La divulgación de registros relacionados con mi participación en un **programa específico o integrado de tratamiento por consumo de drogas de Sheppard Pratt.**
- ☐ La divulgación de registros específicamente relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de **enfermedades de transmisión sexual e información relacionada con el VIH o el sida** que no estén ya incluidos en mi historia clínica general.

Solicitudes independientes. La divulgación de la información que se solicita a continuación requiere un formulario de divulgación de información por separado. Si se solicita la divulgación, coloque sus iniciales a continuación y presente un formulario **por separado**:

_____ **Notas de asesoramiento sobre trastornos por consumo de drogas:** doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier nota de asesoramiento sobre trastornos por consumo de drogas que el siguiente terapeuta/proveedor mantenga fuera de mi historia clínica: _____

_____ **Notas de psicoterapia:** doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier nota de psicoterapia que el siguiente terapeuta/proveedor mantenga fuera de mi historia clínica: _____

¿Por qué quiero que se divulgue esta información médica?

☐ A mi solicitud ☐ Coordinación de atención médica/tratamiento/pago ☐ Asuntos legales ☐ _____

¿Cuándo vence esta autorización?

Para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, esta autorización vence al finalizar mi atención. Para cualquier otro fin, esta autorización **vence un año después de la fecha de firma, a menos que** solicite una fecha de vencimiento o un evento diferente aquí: _____

Términos y acuerdos adicionales

- Esta autorización es voluntaria y no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento ni para obtener el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios.
- Puedo revisar la información médica que se utilizará o divulgará, según se indica en el Código de regulaciones federales (CFR, por sus siglas en inglés), título 45, §164.524.
- Puedo revocar esta autorización mediante una solicitud por escrito al equipo de Gestión de Información Médica de Sheppard Pratt, pero mi revocación no afecta ninguna información ya compartida en virtud de esta autorización.
- La información médica utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una **nueva divulgación** por parte del destinatario, a menos que la información esté protegida por las regulaciones federales de confidencialidad (CFR, título 42, parte 2). Salvo en el caso de los registros de trastornos por consumo de drogas, una vez que se divulgue la información, Sheppard Pratt no puede impedir que el receptor divulgue nuevamente la información.
- Por la presente, todas las entidades de Sheppard Pratt quedan liberadas y eximidas de toda responsabilidad por el cumplimiento de esta autorización.
- Entiendo que personas no autorizadas pueden acceder a los correos electrónicos no cifrados, y que estos se pueden interceptar o desviar. Al aceptar enviar o recibir mi historia clínica confidencial por correo electrónico, acepto asumir este riesgo y no responsabilizo al responsable de la divulgación de dichos registros por mi decisión de permitir su transmisión.

FIRMA de la persona que solicita la divulgación de información médica (o de su representante legal autorizado*): _____

Fecha: _____

* Nombre del representante legal, en letra de imprenta: _____

* Fundamento de la representación legal (se debe adjuntar la documentación respaldatoria): _____

PROHIBICIÓN DE OTRAS DIVULGACIONES: Este registro que se le ha divulgado a usted está protegido por las normas federales de confidencialidad (CFR, título 42, parte 2). Estas normas le prohíben usar o divulgar este registro, o prestar testimonio que describa la información contenida en este registro, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo iniciado por cualquier autoridad federal, estatal o local contra el paciente, a menos que el paciente lo autorice mediante su consentimiento, excepto según lo dispuesto en el CFR, título 42, 2.12(c)(5) o según lo autorice un tribunal de conformidad con el CFR, título 42, 2.64 o 2.65. Además, las normas federales le prohíben hacer cualquier otro uso o divulgación de este registro a menos que se aplique al menos uno de los siguientes: (i) el uso o la divulgación posterior está expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este registro o según lo permitido de otro modo el CFR, título 42, parte 2; (ii) usted es una entidad cubierta o un socio comercial y ha recibido el registro para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o (iii) usted ha recibido el registro de una entidad cubierta o un socio comercial según lo permitido por el CFR, título 45, parte 164, subpartes A y E. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los elementos requeridos del consentimiento por escrito para el uso o la nueva divulgación posteriores de este registro (consultar el CFR, título 42, 2.31).

